

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

TANIA MARIA ASCARI

**A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE IDOSAS POR MEIO
DOS REFERENCIAIS DE DOROTHEA OREM**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

S811p Ascari, Tania Maria

A promoção do autocuidado de idosas por meio dos
referenciais de Dorothea Orem [dissertação] / Tania Maria
Ascari ; orientadora, Silvia Maria Azevedo dos Santos. -
Florianópolis, SC, 2010.
140 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências e quadros

1. Orem, Dorothea E. (Dorothea Elizabeth), 1914. 2.
Enfermagem. 3. Idosos. 4. Autocuidado. 5. Promoção da
saúde. I. Santos, Silvia Maria Azevedo dos. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

TANIA MARIA ASCARI

**A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE IDOSAS POR MEIO
DOS REFERENCIAIS DE DOROTHEA OREM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**FLORIANÓPOLIS
2010**

TANIA MARIA ASCARI

**A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO DE IDOSAS POR MEIO
DOS REFERENCIAIS DE DOROTHEA OREM**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela
Banca Examinadora para obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 26 de fevereiro de 2010, atendendo às normas da
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia,
Saúde e Sociedade.**



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

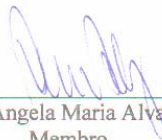
Banca Examinadora:



Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
Presidente



Dra. Maria Helena Lenardt
Membro



Dra. Angela Maria Alvarez
Membro

Dra. Juliana V. A. Sandri
Membro Suplente

Dra. Lúcia H. T. Gonçalves
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha eternamente querida e inesquecível Vó Tereza, que sempre foi exemplo de mãe, de mulher e de guerreira. Que sempre esteve ao meu lado desde que nasci. Enquanto viver não vou esquecê-la.

AGRADECIMENTOS

Ao concluir este trabalho, não posso deixar de expor a satisfação de perceber como várias pessoas importantes estiveram ao meu lado, ao longo dessa trajetória.

Especialmente a Deus, que iluminou meu caminho, deu de forças nos momentos de desalento; me proporcionou esperança, quando os problemas pareciam não ter soluções, que me amparou nos momentos de tristezas e que agora me enche de infinita graça ao término dessa caminhada.

À minha amada Mãe, um exemplo de vida. O que sou hoje é reflexo da sua dedicação, esforço, educação e seu AMOR. Isso tudo é para você. Eu simplesmente AMO VOCÊ! Muito obrigada por tudo!

À minha irmã Sandra pelo seu apoio sempre e seu jeito de amar que é só seu. Melhor irmã que você, Deus não poderia enviar. Pode ter certeza que você é única e insubstituível em minha vida. Amo muito você.

Ao meu irmão Sandro, a quem amo de paixão, desde quando nasceu; temos mais em comum do que pensamos.

Ao Luís, homem de uma retidão singular, pelos anos de convivência, aprendizado e crescimento. Agradeço seu constante incentivo e apoio, principalmente o seu amor, carinho e muita paciência. TE AMO e reconheço em você meu maior incentivador.

Ao meu pai e meu irmão Altemir que, mesmo de longe, sem falar nada, com certeza torceram por mim nesta minha caminhada.

À Minhas filhas Camila e Amanda, amores incondicionais. Agradeço a Deus por vocês existirem. Obrigado pela compreensão das ausências.

À minha queridíssima amiga e orientadora Dr^a. Silvia Maria Azevedo dos Santos, pela sua dedicação, incentivo, apoio, sabedoria, carinho e principalmente pela confiança. Você foi mais que orientadora; contigo aprendi que planos são só planos, que a dinâmica do viver muda a cada dia, então não poderia ser diferente com este trabalho. Obrigado pela solidariedade e amparo quando da maior perda que já tive – minha vó. Meu muito obrigado, por compartilhar seu saber comigo, tenha certeza que levarei comigo seu exemplo de seriedade profissional, generosidade, bom humor e paciência. A VOCÊ MEU RESPEITO E ADMIRAÇÃO.

Às 15 colegas do curso MINTER, às colegas de trabalho da UNOCHAPECÓ e aos colegas do grupo de pesquisa GESPI, obrigada pela amizade, apoio e pelo conhecimento construído e compartilhado.

À Professora Maria Elizabeth Kleba, carinhosamente ‘Lisa’, que não mediu esforços para que o curso MINTER se tornasse realidade, buscando sempre se nortear pela sabedoria e ética. Obrigada também pelo incentivo em todos os momentos.

Aos membros da banca, por aceitarem participar comigo dessa caminhada, oferecendo sugestões e tecendo críticas para o enriquecimento deste estudo.

Às idosas que contribuíram para que este trabalho fosse realizado, meu muito obrigado. Sem a colaboração de cada uma de vocês, ele não aconteceria.

À UNOCHAPECÓ – Universidade Comunitária da Região Oeste de Chapecó, pela viabilização do curso de mestrado MINTER e pelo apoio durante os semestres de realização do curso.

À Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, em especial ao Departamento de Enfermagem, por oportunizar o meu crescimento profissional.

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPES, pelo apoio financeiro durante parte do curso.*

*Aos amigos, que me incentivaram com apoio, compreensão e
com palavras de carinho nos momentos de desânimo. Enfim, a todos
que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu pudesse concluir
mais esta etapa em minha vida. Muito obrigada!*

ASCARI, Tania Maria. **A promoção do autocuidado de idosas por meio dos referenciais de Dorothea Orem**. 2010. 140 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo geral promover o autocuidado de um grupo de mulheres idosas, de um município do interior de SC, por meio da construção de seu plano de autocuidado com base nos referenciais teóricos de Dorothea Orem. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, cuja coleta de dados ocorreu no período de setembro a dezembro de 2009, junto a três idosas, utilizando-se como estratégia metodológica a pesquisação. Para coleta de dados foram realizados cinco encontros individuais e usadas as seguintes técnicas: entrevista semiestruturada, observação livre, plano de autocuidado individual, acompanhamento e avaliação das ações de autocuidado. Com as informações identificadas e por meio da relação dialógica entre mestranda e idosas, foram construídos os três planos de autocuidado, que foram colocados em prática pelas idosas por um período de aproximadamente 60 dias, sendo avaliados periodicamente. Os dados foram analisados pelo método de análise temática. Como resultado da construção do plano de autocuidado, aponta-se a confirmação de que as idosas participantes demonstraram capacidade de reflexão e engajamento nas ações de autocuidado e são conscientemente capazes de ser protagonistas do seu próprio processo de autocuidado, culminando com mudanças de comportamentos na busca da promoção de sua saúde e qualidade de vida. Na análise dos dados emergiram como eixos temáticos: práticas de cuidado pessoal, rede de apoio e suporte, sentimentos e emoções e o conhecimento em saúde, os quais revelaram como as idosas tomavam conta si e seu estilo de vida no cotidiano. Nesse contexto, a enfermeira tem o papel fundamental de ser facilitadora, através de um processo dialógico, no sentido do desenvolvimento e da conquista de melhor qualidade e bem-estar no viver dessas idosas.

Palavras-chave: Enfermagem. Idoso. Autocuidado. Promoção da saúde.

ASCARI, Tania Maria. **La Promoción del autocuidado de ancianas por medio de los referenciales de Dorothea Orem**. 2010. 140p. (Maestría en Enfermería) Programa De Postgrado en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra Silvia Maria Azevedo dos Santos

Línea de investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser salutable y enfermarse.

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo general promocionar el autocuidado de un grupo de mujeres ancianas, de um municipio del interior de Santa Catarina- SC, por medio de la construcción de un plano de autocuidado con base en los referenciales teóricos de Dorothea Orem. Se trata de un estudio cualitativo descrito, cuya colecta de datos ocurrió en el período de septiembre a diciembre de 2009, junto a tres ancianas, utilizándose como estrategia metodológica la indagación. Para colecta de datos fueram realizados cinco encuentros individuales y usadas las siguientes técnicas: entrevistas semiestructurada, observación libre, plano de autocuidado individual, acompañamiento y evaluación de acciones de autocuidado. Con las informaciones identificadas y por medio de charlas entre la alumna y la anciana, fueron construídos los tres planos de autocuidado, que fueron colocados en práctica por las ancianas por un período de aproximadamente 60 días, siendo avaluados periodicamente. Los datos fueron analizados por el método de análisis temática. Como resultado de la construcción del plano de autocuidado, se apunta la confirmación de que las ancianas participantes demuestran capacidad de reflexión y se enganchan en las acciones de autocuidado y son concientemente capaces de ser protagonistas de su propio proceso de autocuidado, culminando con mudanzas de comportamientos en busca del bienestar de su salud y calidad de vida. El análisis de los datos surgieron como ejes temáticos: prácticas de cuidados personales, red de apoyo y soporte, sentimientos y emociones y el conocimiento en salud, los cuales revelaron como las ancianas tomaban cuenta de sí y su estilo de vida en el cotidiano. En este contexto, la enfermera tiene el papel fundamental de promocionar un proceso, de conversas en el sentido de desenvolvimiento y de conquista de mejor calidad y bienestar en la vida de esas ancianas.

Palabras-llave: Enfermería. Anciano. Autocuidado. Promoción de la salud.

ASCARI, Tania Maria. **Elderly women self-care promotion through Dorothea Orem's references**. 2010. 140 p. Dissertation (Masters' Degree in Nursing) – Post Graduation Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Advisor: Dr. Sílvia Maria Azevedo dos Santos

Research Line: Care and the living process, being healthy and fall sick.

ABSTRACT

This research had as general objective promote the self-care in an elderly women group, in an interior city in Santa Catarina state, through the construction of its self-care planning, based in Dorothea Orem's theoric references. This study is a qualitative descriptive study, whose data was collected from september until december 2009, with three elderly women, using as methodological strategy the research. For the data collection were carried out five individual appointments and used the following techniques: semi-structured interview, free observation, individual self-care plan, following and evaluation of self-care actions. With the identified informations and through dialogical relation between the master's student and the elderly women, were built the three self-care plans, which were put in practice by the elderly women during about a 60 days period, been evaluated periodically. The data were analyzed by thematic analysis method. As a result of the self-care plan's construction, it takes aim the confirmation that elderly women participants showed reflexion capacity and commitment in self-care actions and they are conscientiously able to be the main character of their own self-care process, culminating with behavior changes in search of promoting of their health and quality of life. In data's analysis rose out as thematic main points: self-care practices sustenance and support chain, feelings and emotions and the health's knowledge which showed how elderly women took care of themselves and their lifestyle in quotidian. In this context, the nurse has the essential role of being a facilitative through a dialogical process, on purpose of the development and the conquest of a better quality and well-being in these elderly women's lives.

Key words: Nursing. Elderly. Self-care. Health promotion.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Síntese do plano de autocuidado de Rosa.....	62
Quadro 2: Síntese do plano de autocuidado de Violeta.....	70
Quadro 3: Síntese do plano de autocuidado de Margarida	78

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	12
CAPÍTULO 1.....	15
INTRODUÇÃO - DELINEANDO O TEMA DO ESTUDO	15
CAPÍTULO 2.....	19
REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS	19
2.1 ENVELHECIMENTO	19
2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A TERCEIRA IDADE	22
2.2.1 Política Nacional de Saúde do Idoso	24
2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	29
2.4 O CUIDADO E O AUTOCUIDADO EM GERONTOLOGIA	31
CAPÍTULO 3.....	35
REFERENCIAL TEÓRICO - A TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO	35
3.1 TEORIA DO AUTOCUIDADO	36
3.2 TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO	37
3.3 TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM	38
3.4 CONCEITOS ESPECÍFICOS NESTE ESTUDO	39
CAPÍTULO 4.....	43
CAMINHO METODOLÓGICO	43
4.1 CENÁRIO	45
4.1.1 Chapecó.....	45
4.2 SUJEITOS PARTICIPANTES	47
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	48
4.4 ENTRADA EM CAMPO	49
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	50
4.6 REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS	52
CAPÍTULO 5.....	55
RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1 O CASO DE ROSA	55
5.1.1 Plano de autocuidado de Rosa.....	60
5.2 O CASO DE VIOLETA	64
5.2.1 Plano de autocuidado de Violeta.....	69
5.3 O CASO DE MARGARIDA	71

5.3.1 Plano de autocuidado de Margarida	77
5.4 DISCUSSÃO TEMÁTICA	82
5.4.1 Práticas de cuidado pessoal.....	82
5.4.2 Rede de apoio e suporte	91
5.4.3 Sentimentos e emoções.....	96
5.4.4 O conhecimento sobre saúde.....	99
CAPÍTULO 6	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES	116
ANEXOS.....	119

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO - DELINEANDO O TEMA DO ESTUDO

*O anoitecer da vida deve também possuir
Um significado próprio
E não pode ser, apenas,
Um apêndice lamentável da manhã da vida.
Jung*

O envelhecimento populacional não é mais novidade, é fato. Devido ao crescimento acentuado do número de idosos em relação à população global – que ocorre em todos os países desenvolvidos ou não – o período de 1975 a 2025 é considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como a era do envelhecimento (ONU, 2002).

De acordo com projeções do IBGE, a expectativa de vida no Brasil, que em 2008 era de 72,7 anos, em 2050 chegará a 81,29 anos de vida, número semelhante aos de Japão e China, e a população idosa ultrapassará 22,71% do total da população brasileira (IBGE, 2008).

No panorama nacional, é importante destacar que o estado com maior proporção populacional de idosos é o Rio de Janeiro, com um percentual de 13,3%, e o estado com menor percentual é Roraima, onde 4,5% da população está acima dos 60 anos. O estado de Santa Catarina, localizado na região Sul do país, possui uma população de 5.791.231 habitantes, dos quais 9,1% são indivíduos com idade acima de 60 anos, estando muito perto da média nacional (IBGE, 2004). Portanto, esses dados nos levam a concluir que o envelhecimento da população não ocorre de forma homogênea em todas as regiões do país, variando entre regiões com população caracteristicamente jovem e regiões com população em franco processo de envelhecimento.

Chapecó, cidade onde este trabalho foi realizado, é um município localizado na região Oeste de Santa Catarina, fundado em 1917. Essa cidade é considerada a capital brasileira da agroindústria. De acordo com dados do IBGE (2009), Chapecó possui 174.187 habitantes, sendo 93% na área urbana e 7% na área rural. Deste contingente populacional, 6,15% são pessoas com idade acima de 60 anos. O baixo percentual de idosos na cidade em comparação com o estado de Santa Catarina deve-se provavelmente a características de uma cidade polo, que atrai a imigração de jovens em busca de trabalho e estudo.

Outro fato importante na transição demográfica brasileira é que

como decorrência da sobremortalidade masculina, a razão de sexo está diminuindo continuamente. No ano de 2000, para cada grupo de 100 mulheres havia 97 homens, com um total excedente de 2,5 milhões de mulheres. A perspectiva é de que em 2050 esse número chegue a 94 homens para cada grupo de 100 mulheres, perfazendo um total de aproximadamente 7 milhões de mulheres a mais do que homens (IBGE, 2008).

Isso confirma as colocações de Camarano (2002), quando aponta que as mulheres têm uma maior tendência à longevidade do que os homens. Ressalta a autora que isso provavelmente é em decorrência do fato de as mulheres se preocuparem mais com a saúde e apresentarem um estilo de vida diferenciado, sobretudo relacionado à menor taxa de tabagismo e etilismo. Diante dessas informações e dos dados demográficos de Chapecó, que apontam um número maior de mulheres acima dos 60 anos de idade, é que se fez a escolha de trabalhar somente com mulheres idosas neste estudo.

Quando teoriza sobre promoção da saúde e prevenção de doenças, Veras (2006) aponta que as ações de prevenção devem ter as especificidades direcionadas de acordo com as características dos idosos.

Autores como Pacheco e Santos (2004) sugerem que programas de prevenção de doenças e de promoção da saúde do idoso, assim como a garantia de um atendimento adequado, são necessidades para hoje. Ressaltam que desde 1989 a Organização Mundial da Saúde recomenda o incremento de estudos e pesquisas que auxiliem a tomada de decisão e dirijam as ações e prioridades para políticas públicas concernentes ao idoso.

Acredita-se que muitas iniciativas e avanços já ocorreram nas áreas relacionadas à saúde do idoso, tanto no que diz respeito a iniciativas de programas de promoção da saúde quanto a políticas públicas direcionadas a essa parcela populacional. No entanto, mesmo com esses avanços, ainda existem muitos idosos em situação de exclusão, de abandono, sem proteção e sem acesso à saúde.

Como marco internacional sobre a Promoção da Saúde destaca-se a carta de intenções da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986. A importância desse evento está fundamentada no fato de ter ampliado a concepção de promoção da saúde, incorporando a ideia de que para haver saúde há necessidade de alguns requisitos como renda, habitação, alimentação e educação, dentre outros fatores, assim como o impacto das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais sobre as condições

de saúde (BUSS, 2003).

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, é considerada um marco na história da saúde do país. Durante a conferência, foi elaborada uma definição ampliada de saúde como resultante de diversas condições como: alimentação, habitação, educação, trabalho, renda, lazer, meio ambiente, acesso a serviços de saúde, dentre outros. Compreende-se que essa definição de saúde envolve reconhecer o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida.

Políticas e programas de envelhecimento ativo com qualidade são necessários para possibilitar que as pessoas idosas mantenham suas capacidades à medida que envelhecem (WHO, 2005). Uma dessas iniciativas é a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Portaria n. 2.528/2006, que tem como algumas diretrizes principais a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a atenção integral à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006a). Uma estratégia fundamental para promoção da saúde é o autocuidado, que deve ser focado como uma das configurações de expressão da autonomia.

Diante do delineamento desse panorama, a enfermagem, bem como as demais profissões da área de saúde, deve focar suas ações de cuidado buscando atuar na promoção, educação, manutenção e recuperação da saúde do idoso. Também deve estar preparada, com conhecimentos atualizados e fundamentados sobre cuidados ao idoso e ao processo do envelhecimento, para ter subsídios para uma prática de cuidado integral (MARTINS et al., 2007b).

A enfermagem tem por essência o cuidado humano e, nos dias de hoje, as teorias de enfermagem contribuem para a qualificação desse cuidado. Determinar qual teoria usar faz parte do processo decisório do enfermeiro, sendo ela o alicerce que fundamenta a prática.

Nessa perspectiva, respaldou-se este estudo na Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, que considera o autocuidado como um comportamento que implica o papel ativo das pessoas, demonstrado em práticas desempenhadas pelas mesmas em benefício próprio.

A Teoria do Autocuidado se institui como um modelo conceitual e operacional que vem sendo largamente empregado, se adequando tanto à pesquisa quanto à assistência. Dessa forma, neste estudo buscou-se trabalhar com esse referencial por se entender que, para mulheres idosas, a habilidade de se autocuidar é fundamental na busca pela promoção de sua saúde e melhoria de sua qualidade de vida. Assim, este trabalho parte do pressuposto de que o autocuidado utilizado como estratégia

para a promoção da saúde potencializa o exercício da cidadania e a participação social dessas idosas na comunidade.

Reconhece-se, ainda, a necessidade de interagir e proporcionar a participação ativa e efetiva das mesmas, na condição de sujeitos na construção de planos de autocuidado, buscando transformações de impacto na prática de ações de promoção à sua saúde. Esse reconhecimento vai ao encontro da afirmativa de Assis (2005), quando diz que a abordagem do autocuidado deve fundar-se no empenho de estar atento às expressões dos idosos, agregando as dimensões objetivas e subjetivas contidas nas mesmas, o que possibilita aos profissionais conhecer seus valores culturais, seus ganhos e dificuldades no lidar com a saúde nessa fase da vida.

Diante dessas reflexões, realizou-se um estudo qualitativo, com o **objetivo geral** de promover o autocuidado de um grupo de mulheres idosas do município de Chapecó/SC, utilizando-se os referenciais de Dorothea Orem, tendo, dessa forma, como **objetivos específicos**:

- Investigar as demandas em saúde dessas mulheres idosas;
- Desenvolver plano individual de autocuidado junto a idosas com vistas à promoção da saúde;
- Acompanhar e avaliar a implementação do plano de autocuidado, proporcionando apoio e educação às idosas.

CAPÍTULO 2

REFERÊNCIAS CONTEXTUAIS

*Não me pergunte sobre minha idade,
Porque eu tenho todas as idades,
Eu tenho a idade da infância,
Da adolescência, da maturidade e da velhice.
Cora Coralina*

Na revisão de literatura serão abordados alguns tópicos delineando um panorama relativo ao idoso – tema central deste trabalho –, considerando aspectos relacionados ao processo de envelhecimento, à promoção da saúde e a políticas públicas de saúde para a terceira idade no Brasil e a envelhecimento ativo, educação em saúde e autocuidado.

2.1 ENVELHECIMENTO

O marco da institucionalização do tema envelhecimento ocorreu em Kiev no ano de 1938 durante o I Congresso Internacional de Gerontologia, que reuniu, para debates sobre o tema, estudiosos de diferentes disciplinas e sociedades mundiais. Na década de 1940, surgiram diversas Sociedades e Associações Científicas, nos Estados Unidos e na Europa, sinalizando o interesse sistemático da ciência pelo tema do envelhecimento e pela visão das perspectivas de crescimento dessa população (NERI, 1995).

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), *ser* idoso difere em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento. Nos primeiros, são considerados idosos os seres humanos com 65 anos e mais; nos segundos, são idosos aqueles com 60 anos e mais. Essa definição foi estabelecida pela ONU, em 1982, durante a Primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, relacionando-se com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam para seus cidadãos. No Brasil, é considerado idoso quem tem 60 anos e mais ou, ainda, para determinadas ações governamentais, considerando-se as diferenças regionais verificadas no país, aquele que, mesmo tendo menos de 60

anos, apresenta acelerado processo de envelhecimento (BRASIL, 1996a).

Tradicionalmente considera-se a velhice uma “terceira idade”, sendo a infância a primeira idade e a idade adulta a segunda. Hoje, com o aumento da expectativa de vida chegando próximo ao limite biológico da espécie humana, fala-se de uma “quarta idade”, que seria um período difícil de determinar, pois foge do critério cronológico (CALDAS, 2006).

Apesar de ser pouco preciso, pois é uma informação que não diz muito sobre o real envelhecimento humano, o critério cronológico ainda é um dos mais utilizados para estabelecer o ser idoso, para delimitar a população de um determinado estudo, para análise epidemiológica, ou com propósitos administrativos e legais voltados para o desenho de políticas públicas e para o planejamento ou oferta de serviços (SAAD, 2008).

Esse mesmo autor salienta que a única característica importante a ser destacada em relação ao processo de envelhecimento humano é a heterogeneidade. Ou seja, cada indivíduo envelhece de maneira própria, pois se trata de um processo multifatorial.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define o envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (BRASIL, 2006a, p. 8)

Papaléo Netto (2005) aponta que com o passar dos anos ocorrem alterações estruturais e funcionais, que, embora variem de um indivíduo para outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento. Salienta que o envelhecimento e o desenvolvimento são processos que coexistem ao longo do curso da vida.

Esse mesmo autor aponta ainda que o envelhecimento é caracterizado como um processo, sendo que a velhice é definida como uma fase da vida e o idoso é o resultado final desse processo. Destaca que é difícil conseguir mensurar o envelhecimento, defini-lo por apenas

uma parte de seu ser. A incapacidade de mensurar o fenômeno do envelhecimento, que está intimamente vinculada à dificuldade de definir a idade biológica, justifica a falta de segurança para adotar quaisquer das teorias existentes sobre o fenômeno. Os mesmos motivos justificam a inexistência de uma definição de envelhecimento que atenda aos múltiplos aspectos que o compõem.

Figueiredo e Tonini (2006) citam a definição de envelhecimento de Berger e Mailloux-Poirier como um processo sem possibilidade de que não aconteça, mais cedo ou mais tarde, e que se constitui por características sociais, psicológicas e biológicas associadas. Não tendo previsibilidade de idade cronológica para acontecer, pessoas mais jovens podem aparentar serem mais envelhecidas que pessoas mais jovens.

Conforme Uchôa (2003), uma das formas de analisar o envelhecimento é a transdisciplinar, que enfoca a interação entre traços pessoais, valores culturais e marcadores biológicos na edificação de jeitos de envelhecer e vivenciar o processo de envelhecimento.

Em um conceito transdisciplinar do *ser* idoso, Sá (2006, p. 1120) propõe a seguinte definição:

O idoso é um ser de seu espaço e de seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política.

O envelhecer pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, não costuma gerar problemas. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um modo de vida mais ativo (BRASIL, 2007).

De acordo com Carvalho Filho e Netto (2006), diversos fatores conjugados, dentre os quais o melhor controle de doenças transmissíveis, a diminuição e controle de doenças crônicas e a melhora da qualidade de vida, contribuem para o aumento de expectativa de vida.

Esses autores apontam também que atualmente o atendimento geriátrico pode ser definido como um processo interdisciplinar,

projetado para atender ao idoso do ponto de vista multiprofissional, social e funcional, buscando mantê-lo em sua total capacidade e autonomia pelo maior período possível. Nesse sentido, o Ministério da Saúde afirma que o maior desafio na atenção às pessoas idosas é conseguir contribuir para que, independentemente das limitações progressivas que porventura aconteçam, elas possam redescobrir possibilidades de viver com qualidade (BRASIL, 2007).

Nessa perspectiva, percebe-se que o autocuidado como forma de atenção à saúde oferece essas possibilidades, quais sejam de auxiliar os idosos a reconhecerem suas potencialidades, bem como seus limites e a partir disso mudar ou estabelecer novas ações de autocuidado e formar ou reformar padrões de comportamentos relacionados à saúde.

2.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A TERCEIRA IDADE

Neste estudo são contextualizadas a promoção da saúde, a Política Nacional Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, o Envelhecimento Ativo e o Estatuto do Idoso.

O surgimento e o desenvolvimento da concepção moderna de promoção da saúde ocorreram de forma mais vigorosa nas últimas duas décadas. As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas em Ottawa, em 1986; Adelaide, em 1988; Sundsvall, em 1991; e Jacarta em 1997 desenvolveram as bases políticas e conceituais da promoção da saúde. Na América Latina a Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em 1992, trazendo formalmente o tema para o contexto sub-regional (BUSS, 2000).

Historicamente, o ponto de referência mundial e que ainda permanece como artífice central de nortes estratégicos para promoção da saúde é a Carta de Ottawa, oriunda da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986. Nesse documento são consideradas como condições necessárias para a existência de saúde: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade; dessa forma, ao deixar de ser centralizada nas ciências biológicas, amplia-se também a forma de refletir propostas relacionadas à saúde (BUSS, 2000).

Na Carta de Ottawa, a definição de promoção da saúde é caracterizada como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior

participação no controle desse processo. A mesma estabelece três grandes estratégias para se trabalhar no campo da Promoção de Saúde: a defesa da saúde, a capacitação e a mediação (OMS, 1986).

Na concepção ampliada de promoção da saúde proposta na Carta de Ottawa, existe a proposição de uma corresponsabilidade dos indivíduos e da comunidade, seja pelos problemas de saúde ou pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, 2000). Pela ótica deste trabalho, há um resgate dessa proposição, a partir do momento em que as idosas, juntamente com a enfermagem, discutem e constroem um plano de autocuidado individual, privilegiando assim a participação ativa e sua corresponsabilidade pelo cuidado de sua saúde.

A Carta de Ottawa enfatiza também a dimensão social e a importância de cinco campos de ação fundamentais para se alcançar a saúde integral, que são: políticas públicas, ambiente saudável, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do serviço de saúde (HEIDMANN; BUSS et al., 2006).

No Brasil, durante o transcorrer dos anos 1980, uma mudança de visão começa a tomar corpo, principalmente por influência do debate internacional sobre promoção da saúde. Soma-se a isso a reformulação da Constituição Federal em 1988, que introduziu o conceito de seguridade social garantindo acesso a serviços de saúde, educação e assistência social. O artigo 230 da Constituição Federal define que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, os quais devem assegurar a sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito à vida (CAMARANO e PASINATO, 2004).

A promoção da saúde representa uma estratégia importante, propícia e adequada para enfrentar os diversos problemas de saúde que afetam as populações humanas, especialmente as mais vulneráveis, como as crianças e os idosos (BUSS, 2003).

As Políticas Nacionais de Saúde voltadas especificamente para o idoso contemplam a preocupação com ações direcionadas à promoção do envelhecer saudável e à manutenção e melhoria da capacidade funcional, dentre outras. As Políticas Públicas e de Saúde relativas aos idosos vêm sendo pensadas, formuladas e reformuladas de acordo com os pressupostos da Promoção da Saúde como campo da saúde coletiva, considerando a distinção e especificidades diferentes das demais faixas etárias, fundamentadas na preservação/manutenção/recuperação da autonomia, da independência e da qualidade de vida dessa população (VERAS, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, ainda persiste o desafio de

realizar estudos que viabilizem a avaliação de ações de promoção da saúde integradas às diretrizes propostas na Política Nacional de Promoção da Saúde, as quais são: “integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade” (BRASIL, 2006c, pp. 18-19).

2.2.1 Política Nacional de Saúde do Idoso

Camarano e Pasinato (2004) apontam que nos últimos anos houve grandes avanços tanto em nível internacional quanto nacional nas questões relacionadas ao envelhecimento. A criação de legislações específicas para a terceira idade incorporando grande parte das sugestões das assembleias internacionais muito têm contribuído para a qualidade de vida e saúde dessa parcela da população. Vale salientar que o Brasil é um dos pioneiros na América Latina na implementação de políticas públicas para a terceira idade.

Segundo as autoras, na década de 1990 foram regulamentados vários dispositivos constitucionais referentes a políticas de proteção dos idosos, dentre eles os Planos de Custeio e Benefícios da Previdência Social em 1991, a aprovação da LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social) em 1993 e a Política Nacional do Idoso em 1994.

Rodrigues et al. (2007) apontam que a Política Nacional do Idoso (PNI), que foi criada pela lei n. 8.842, reconhece a transição demográfica no país e a importância desse segmento social. Essa lei caracteriza como idoso o indivíduo com 60 anos e mais, assegura direitos sociais, garantindo o exercício da cidadania, a promoção da autonomia, a integração e a participação do idoso na sociedade. Delineia-se assim um quadro cujo objetivo principal é manter ao máximo o idoso na comunidade, junto à sua família, da forma mais digna e confortável possível.

Constante desta lei foi criado também o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), que veio a ser implementado apenas em 2002.

A implantação da PNI (Política Nacional do Idoso), regulamentada pelo Decreto n. 1.948/96, incentivou a articulação e integração dos setores ministeriais envolvidos na elaboração de um Plano de Ação Governamental. A PNI define ações e estratégias, acompanha, controla e avalia ações nas três esferas de governo. A

operacionalização dessa política ocorre de forma descentralizada, por meio de sua articulação com as demais políticas voltadas para os idosos no âmbito dos estados e municípios e na construção de parcerias com a sociedade civil (CAMARANO e PASINATO, 2004; RODRIGUES et al., 2007).

De acordo com a Política Nacional do Idoso (PNI) (inciso II do art. 10º), cabe ao setor saúde:

Prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, mediante o estabelecimento de normas específicas para tal; o desenvolvimento da cooperação entre as esferas de governo e entre centros de referência em geriatria e gerontologia; e a inclusão da geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos, além da realização de estudos e pesquisas na área. (BRASIL, 1999)

Nesse sentido, Camargos (2006) aponta que a lei n. 8.842 objetivava prioritariamente a certificação da atenção à saúde da pessoa idosa a partir das diversas instâncias de gestão propostas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), englobando desde a atenção primária até os serviços terciários e quaternários.

A PNI, caracterizada como um plano de ação conjunta, aborda ações preventivas, curativas e de promoção da saúde, objetivando melhorar a qualidade de vida do idoso. Porém, somente em 1999 o MS (Ministério da Saúde) elaborou a PNSI (Política Nacional de Saúde do Idoso) (Portaria 1.395/GM do MS), como parte da Política Nacional do Idoso que tem como eixos norteadores: 1) medidas preventivas com destaque especial para a promoção da saúde; e 2) atendimento multidisciplinar específico para essa população (CAMARANO e PASINATO, 2004).

A Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta como propósito principal:

A promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem,

exercendo de forma independente suas funções na sociedade. (BRASIL, 1999)

É importante destacar que no cenário internacional prosseguiram as discussões acerca das políticas sociais e de saúde voltadas para a pessoa idosa. Nesse contexto, em 2002, na cidade de Madri (Espanha), ocorreu a Segunda Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, promovida pela ONU. Nela foram aprovados uma nova proposta política e um novo plano de ação para orientar a adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento no início do século XXI. O PIAE (Plano Internacional de Ação) tem como um dos principais objetivos garantir que no mundo todo a população envelheça com dignidade e segurança e que os idosos possam participar em suas sociedades exercendo a cidadania (RODRIGUES et al., 2007).

A OMS, no transcorrer dessa Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, formulou recomendações especiais para o Plano de Ação lançando o documento chamado Envelhecimento Ativo, caracterizado como um marco para a elaboração de políticas voltadas para o idoso. Nesse documento, elabora-se o conceito de envelhecimento ativo e são reconhecidos outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem, além dos cuidados relativos com a saúde. De acordo com esse novo conceito:

O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. [...] A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. (WHO, 2005, p. 13)

Dentre os objetivos do envelhecimento ativo destaca-se a manutenção da qualidade de vida e o aumento da expectativa de vida saudável, considerada como o bem-estar físico, mental e social, para quem está envelhecendo, ou seja, com conservação da autonomia, da independência, com a manutenção de redes de apoio (familiares e sociais). Por essa ótica, programas com tais objetivos adotam o pressuposto de estimular também a corresponsabilidade para alcance dos

mesmos, através de práticas consideradas saudáveis (WHO, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento ativo está sujeito a alguns fatores designados como determinantes, os quais são: fatores determinantes transversais que envolvem questões de cultura e gênero, caracterizados como transversais porque influenciam os demais fatores; fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social, que envolvem aspectos de promoção da saúde e prevenção de doenças e necessidade de reorientação dos serviços curativos e dos sistemas de apoio; fatores comportamentais determinantes que envolvem questões de hábitos e estilos de vida saudáveis, com ênfase na participação ativa no cuidado da própria saúde; fatores determinantes relacionados a aspectos pessoais com abordagem das questões genéticas, biológicas e psicobiológicas; fatores determinantes relacionados ao ambiente físico, que abordam questões de moradia, segurança e riscos ambientais; fatores determinantes relacionados ao ambiente social, que englobam aspectos de apoio, risco social e vulnerabilidade, e ainda os fatores econômicos determinantes que se referem aos aspectos de renda, educação, proteção social e trabalho (WHO, 2005).

No Brasil, em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, a qual reúne três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão e o Pacto em Defesa da Vida, que tem como um item primaz a atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2006c).

Essa agenda de compromisso pela saúde também efetivou a atualização do PNSI, portaria n. 1.395/99, que foi reformulada e substituída pela portaria GM n. 2.528/2006, que criou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Nessa última é reafirmada a necessidade de enfrentar os desafios impostos por um processo de envelhecimento evidenciado por agravos e/ou condições crônicas, porém passíveis de prevenção e controle, e por incapacidades que podem ser evitadas ou minimizadas (BRASIL, 2006b; MARTINS et al., 2007a).

Essa nova política reafirma os direitos dos idosos e procura instituir condições para a promoção da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade. Nesse contexto cabe ao setor saúde provisionar aos mesmos o acesso a serviços e ações voltados à promoção, à proteção e à recuperação da saúde (BRASIL, 2006a).

Assim como as demais políticas públicas voltadas à pessoa idosa, o **Estatuto do Idoso** também é um dispositivo legal que guia ações sociais e de saúde. Garante os direitos das pessoas idosas e obriga o Estado a efetivar a proteção delas (MARTINS et al., 2007b).

O estatuto do idoso foi sancionado pelo Congresso Nacional em 2003, entrou em vigor em 2004 e conta com 118 artigos, que discorrem sobre várias áreas dos direitos fundamentais e das necessidades de proteção dos idosos, buscando reforçar as diretrizes contidas na PNI e na PNSI (BRASIL, 2003).

Esse documento se caracteriza como um dos instrumentos consolidadores de direitos dos idosos já assegurados na Constituição Federal. Ele reúne novos elementos e enfoques, dando um tratamento global, com uma visão de longo prazo através da fixação de medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos (BRASIL, 2007; RODRIGUES et al., 2007).

O estatuto versa sobre os direitos fundamentais do idoso referentes aos seguintes aspectos: “à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, a alimentos, saúde, educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização do trabalho, previdência social, habitação e ao transporte”. Também fazem parte de seu conteúdo medidas de proteção, política de atendimento aos idosos e acesso à justiça e crimes; descreve ainda sanções penais e administrativas pelo descumprimento dos direitos dos idosos estabelecidos no estatuto (RODRIGUES et al., 2007).

O Estatuto é explícito em suas propostas no que se refere à saúde. Isso é visível no Título II – Dos Direitos Fundamentais, no qual as questões relativas à saúde da pessoa idosa e à promoção da saúde são contempladas no Capítulo I, mais especificamente no artigo 9º, que diz: “é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (BRASIL, 2003).

No Capítulo IV – Do Direito à Saúde, a proposta do Estatuto é de assegurar a atenção à saúde da pessoa idosa, sem fragmentação ou limitação, de maneira integral e de acordo com o que propõe a política do SUS (BRASIL, 2003).

Em relação ao Estatuto do Idoso, Martins et al. (2007a) salientam que a concretização de uma política pública demanda atitude consciente, ética e cidadã dos sujeitos envolvidos e interessados em viver de forma mais saudável o processo de envelhecimento. Reforçam que tanto o Estado quanto os profissionais da saúde, o próprio idoso e a sociedade são corresponsáveis por esse processo.

Percebe-se que fica evidenciada nos programas e políticas de envelhecimento, especialmente no estatuto do idoso, a garantia dos direitos da pessoa idosa, dentre os quais está o relacionado à saúde. No

entanto, entende-se que as ações direcionadas à atenção da saúde dos idosos, no país, ainda se encontram aquém do que está previsto nas políticas públicas.

Especificamente no setor da saúde tem-se ainda um longo caminho a ser trilhado para que ocorra uma mobilização relevante ante o contexto proposto pelo Estatuto do Idoso. Para que isso aconteça, pensa-se que é necessária uma adesão expressiva tanto de profissionais quanto dos próprios idosos, pois diversas ações dependem muito mais da atuação dos profissionais e da adesão dos idosos do que de recursos do Estado, como por exemplo, as ações que promovam a saúde, dentre elas o autocuidado. Nesse sentido, é imperativo o uso de referenciais teórico-metodológicos que favoreçam e estimulem ações de autocuidado com vistas à promoção da saúde.

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Dentre as estratégias utilizadas como ferramenta para a promoção de saúde destaca-se a educação em saúde.

A educação em saúde foi incluída pelo Conselho Nacional de Saúde nos documentos que tratam da operacionalização do SUS através da resolução MS-CNS n. 41/1993, sendo esta considerada como “estratégia imprescindível para a promoção da saúde, prevenção de doenças e para a consolidação do SUS, nos níveis Federal, Estadual e Municipal” (BRASIL, 1996c, p. 8).

A Carta de Ottawa traz dentro do campo da Promoção da Saúde a ênfase no Desenvolvimento de Habilidades Pessoais pela compreensão de que as origens ou maiores fatores de risco para doenças estão relacionados com comportamentos individuais, estilos de vida ou riscos existentes no meio ambiente e em locais de trabalho. Nesse entendimento, tem-se como um dos instrumentos a Educação em Saúde, que tem como finalidade o acréscimo e o aprimoramento de conhecimentos, de modo a possibilitar alternativas ao indivíduo sobre seus comportamentos (BUSS, 2000).

De acordo com o mesmo autor, a educação em saúde não se diferencia da promoção da saúde, pois está inserida nesta, podendo ser caracterizada como uma ferramenta para o desenvolvimento de habilidades pessoais que pode ocorrer tanto em nível individual quanto coletivo.

De acordo com Vasconcelos (2001), a educação em saúde baseia-

se no estímulo e apoio para que as pessoas e grupos sociais tenham maior domínio sobre sua saúde e suas vidas. Pode ser considerada como um expediente por meio do qual os conhecimentos cientificamente cunhados na área da saúde, intermediados por profissionais de saúde, atingem a vida diária das pessoas, uma vez que o entendimento dos fatores condicionantes do processo saúde-doença apresenta fortes subsídios para a adoção de novos comportamentos de saúde e estilos de vida (ALVES, 2005).

Conforme Martins et al. (2007, p. 451), “a educação em saúde é um caminhar educativo, um processo construído passo a passo, que vai levar as pessoas a refletir e buscar o prazer de viver bem”. Apontam que compete aos profissionais da saúde o empenho em desenvolver um trabalho educativo que agencie a promoção do autocuidado junto à família, ao idoso e à sociedade. Em relação à educação em saúde específica com idosos, salientam que ela permite a inclusão de ações do idoso no autocuidado e a importância de focalizar aspectos como a satisfação com a vida, a autonomia e independência no trabalho educativo.

Ao desenvolver um trabalho de educação em saúde, Gonçalves e Schier (2005) ressaltam a importância da prática educativa na condição de tecnologia leve; afirmam que num processo de educação em saúde desenvolvido de maneira dialógica, há maior probabilidade de os indivíduos empoderados pelo conhecimento mudarem atitudes e comportamentos, transformando assim sua realidade.

Comungando com esse pensamento Assis (2004; 2005), assinala que cada indivíduo tem o seu jeito de lidar com processos de saúde e doença e que ações educativas devem ser dialógicas, sendo essencial o alargamento do seu entendimento sobre o envelhecer e os recursos para a manutenção da saúde.

Chiesa e Veríssimo (2003) salientam que a educação dialógica tem como objetivo transformar saberes existentes e incorporar novos saberes e nessa perspectiva buscar o desenvolvimento da responsabilidade e da autonomia das pessoas no cuidado com sua saúde pela compreensão da situação de saúde. A compreensão sobre o processo saúde-doença e cuidado capacita essas pessoas a optarem pelas formas mais adequadas para promover sua saúde.

Conforme essas mesmas autoras, o fundamento do processo de educação em saúde é o estabelecimento da relação de confiança durante as interações entre profissionais e usuários, na qual a comunicação é ferramenta imprescindível.

Carvalho et al. (2004) pontuam que a educação pode ser

caracterizada como um dos instrumentos que podem proporcionar o aprendizado de novos conhecimentos que levam os indivíduos idosos a buscarem seu bem-estar físico, mental e emocional, e podem auxiliar na autonomia para o enfrentamento de seus problemas de saúde e na busca por um viver mais saudável. Entendem ainda que o processo de educar é contribuir para a autonomia, privilegiando, dessa forma, o campo do desenvolvimento das habilidades pessoais contidas na Carta de Ottawa.

A necessidade de educação em saúde é exposta por Orem na Teoria do Autocuidado, na Teoria do Déficit de Autocuidado; contudo sua concretude se dá na Teoria dos Sistemas de Enfermagem especialmente evidenciada no Sistema Apoio-Educação. Nessa acepção, o planejamento das ações da enfermagem deve estar vinculado ao suporte educacional, para que a pessoa atinja a habilidade e a competência para autocuidar-se de maneira consciente e eficiente (OREM, 1995).

2.4 O CUIDADO E O AUTOCUIDADO EM GERONTOLOGIA

A gerontologia reúne em seu escopo conceitos oriundos de disciplinas distintas, visando abranger a multidimensionalidade do processo de envelhecer numa perspectiva interdisciplinar. Dentre os profissionais que atuam em gerontologia está também o enfermeiro que participa no cuidado ao idoso (PAVARINI et al., 2005).

Alvarez e Gonçalves (2006) pontuam que, na enfermagem, o foco e a expressão essencial é o cuidado, apesar de o mesmo não ser uma ação exclusiva dessa classe profissional. A respeito do cuidar de enfermagem em gerontologia afirmam que este, como um processo, está atrelado ao conhecimento da realidade do idoso e família para a construção de ações de enfermagem planejadas. Reforçam as autoras que esse processo compreende a consideração de amplos aspectos vivenciados pelo idoso e pela família, como os biológicos, sociais, psicológicos e espirituais, buscando a promoção da vida e saúde. Elas enfatizam ainda a relação entre profissional e idoso/família, sendo que a mesma deve ocorrer de modo interativo e dinâmico.

Apontam ainda que no cuidado de enfermagem gerontológico, de forma simplificada, tem-se como objetivos principais promover a qualidade de vida, promover apoio, tratamento e cuidados específicos para essa faixa etária buscando compensar as incapacidades e limitações decorrentes do envelhecimento.

Sá e Ferreira (2004) apontam que trabalhar com idosos a partir de uma concepção de cuidados que atendam suas necessidades biológicas e psicossociais considerando a complexidade do processo do envelhecimento é um grande desafio para a Enfermagem Gerontológica. Numa perspectiva de autocuidado, essas autoras salientam que os idosos têm a capacidade de pensar por si mesmos, analisar e decidir sobre o que é bom para si pela reelaboração de conhecimentos, o que muitas vezes é auxiliado por orientações profissionais.

De acordo com Hammersmidt et al. (2006), o cuidado gerontológico de enfermagem deve ser regulado pelo respeito e sensibilidade, mediado pela interação entre profissional e idoso/família. Deve valorizar a interação, reconhecendo a influência mútua, valorizando o cuidado digno na busca do bem-viver, promovendo não só o cuidado técnico, mas todas as dimensões envolvidas no processo de envelhecimento, pela relação dialógica e de uma visão plural de cuidado.

Nessa mesma linha de pensamento, Lima e Tocantins (2009) ressaltam que essa postura sensível que ocorre por meio da interação favorece o desenvolvimento de medidas que levem à manutenção da saúde e bem-estar do idoso. Apontam ainda que os idosos têm necessidade de conversar e esperam também da enfermagem ações não técnicas como a compreensão, o conforto, o consolo e o carinho e que pela interação é possível reconhecer as necessidades de saúde e assistenciais dos idosos.

Caldas (2006) aponta o autocuidado como um cuidado primário em saúde, como uma importante estratégia para a manutenção da saúde funcional de idosos. Afirma, ainda, que quando os pacientes se transformam em companheiros ativos da equipe de saúde, o autocuidado é verdadeiramente alcançado. Para essa autora, o destaque está no estabelecimento de relações abertas e na tomada de decisão de forma compartilhada entre idoso e profissional, exigindo assim uma flexibilidade especial na abordagem profissional.

De acordo com Parissoupoulos e Kozabassaki (apud Caldas, 2006) existe uma conexão íntima entre a responsabilidade e o autocuidado, sendo este uma atividade racional. Também afirmam que os aspectos socioculturais interferem na disposição da pessoa para engajar-se no autocuidado bem como na obtenção e sustentação de comportamentos que levem ao bem-estar e à promoção da saúde.

Neves e Wink (2007, p. 175), ao descreverem suas trajetórias percorridas no desenvolvimento das concepções sobre autocuidado, acreditam que o mesmo é um

processo cognitivo, afetivo e comportamental desenvolvido ao longo da vida que se consolida quando a pessoa compromete-se em assumir responsabilidade pessoal pela condução da sua própria vida em direção à conquista da integralidade nas relações consigo e com o mundo no qual se encontra inserida. Este processo é facilitado quando a pessoa se interessa e busca ajuda de profissionais das várias áreas do conhecimento, se arrisca em aprofundar-se no conhecimento de si, na assunção de um papel ativo em sua vida, no sentido do crescimento e da conquista de melhor qualidade em seu processo de viver.

Lopes et al. (2008), num estudo bibliográfico sobre o autocuidado com indivíduos hipertensos, apontam que um dos fatores que facilitam o desenvolvimento do autocuidado são as atitudes desenvolvidas relacionadas à mudança de hábitos. Salientam o ensino do autocuidado como ferramenta importante para as mudanças necessárias e que o mesmo é apreendido por meio da interação humana. As mesmas autoras apontam a necessidade de os profissionais desenvolverem uma prática profissional regulada pela interação e troca de experiências buscando valorizar o autocuidado como necessário ao desenvolvimento e bem-estar do ser humano.

Alvarez (1990), numa pesquisa realizada com idosas, constatou que as mesmas apresentaram competência para o autocuidado buscando superar limitações decorrentes do processo de envelhecimento. A mesma autora aponta que a teoria do autocuidado, adaptada e aplicada ao idoso, contribui para a transformação de suas crenças e valores, o que favorece a assistência de enfermagem aos mesmos. Ressalta que apesar de os idosos adquirirem alguns conhecimentos de autocuidado decorrentes de experiências de vida ou de situações de saúde e doença, ainda assim é necessária a aquisição de novos conhecimentos que permitam novas práticas de autocuidado que tragam benefícios ao bem-estar.

Honório e Santos (2006), num trabalho de sistematização de prática de enfermagem junto a idosas com incontinência urinária, desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, utilizando a teoria do autocuidado associada às

concepções de educação de Freire, concluíram que a educação voltada para o autocuidado propiciou a corresponsabilidade das idosas no processo decisório, foi eficaz e possibilitou uma melhora na qualidade de vida das pesquisadas.

Dentre os diversos modelos teóricos que enfatizam o cuidado, destacamos a teoria de autocuidado de Orem, que é utilizada em diversas especialidades da enfermagem, dentre elas a gerontologia.

CAPÍTULO 3

REFERENCIAL TEÓRICO - A TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO

Na enfermagem, o desenvolvimento de teorias se deu a partir da evolução da profissão e da necessidade de solidificar conhecimentos para a edificação de um saber profissional próprio. Assim, buscou-se construir bases teóricas para fundamentar a pesquisa e a prática. Nesse sentido, as teorias de enfermagem contribuem para a constituição de uma base concreta de conhecimentos (GEORGE, 2000).

Vale lembrar que o desenvolvimento de teorias em enfermagem teve início com Florence Nightingale e prolonga-se até os dias atuais. Em especial, a década de 1970 foi muito rica para a enfermagem no sentido de propostas e construções teóricas, na qual muitas teorias foram apresentadas pela primeira vez, dentre elas a *Nursing: concepts of practice*, publicada em 1971 por Dorothea Orem (GEORGE, 2000).

O referencial teórico que deu sustentação a este trabalho foi a teoria geral do autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, que pode ser categorizada como teoria orientada para as necessidades/problemas, pois, ao focar necessidades ou problemas, busca por intermédio do processo de enfermagem corrigi-los ou resolvê-los (GEORGE, 2000). A ênfase maior foi na parte da teoria de Orem denominada “sistema de apoio-educação”, que permitiu suprir as idosas do apoio e informações necessárias para se conduzirem dentro do próprio processo de cuidado e de promoção de saúde.

A teoria geral formulada por Orem pode ser entendida da seguinte maneira: a necessidade por cuidados de enfermagem no adulto se dá pela ausência ou déficit da manutenção contínua do autocuidado, essenciais à saúde e à vida, fato que ocorre em decorrência de doença ou efeitos desta. Na criança, o déficit de manutenção do cuidado é inerente à incapacidade de pais ou responsáveis. Nessa teoria também fica implícita a promoção da responsabilidade do indivíduo pelo cuidado à saúde. A teoria tinha como foco inicial o autocuidado individual, que posteriormente foi ampliado para grupos, família e comunidade (FOSTER e BENNETT, 2000).

Cabe destacar que, na formulação de sua teoria, Orem não fez proposições específicas para o idoso. Seus apontamentos são mais específicos para cuidados de enfermagem com adultos. No entanto, quando descreve os requisitos desenvolvimentais de autocuidado, fala da necessidade de provisão de cuidados naquilo que caracteriza como

estágios da vida, dentre eles a velhice; estágio este do qual fazem parte as mulheres deste estudo.

Segundo Orem (1995), o cuidado é um termo empregado para significar coisas diferentes em conjunturas diferentes. Nas profissões da saúde, dentre as quais a enfermagem, cuidar significa assistir, fazer provisões de ou para, ser responsável por e cuidar de pessoas.

Orem procurou, ao longo de sua carreira, desenvolver conceitos de autocuidado de enfermagem, definindo-os como a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Em seu modelo geral de enfermagem, apresentou três construções teóricas: a **Teoria do Autocuidado**, a **Teoria do Déficit do Autocuidado** e a **Teoria dos Sistemas de Enfermagem**, todas interligadas e inter-relacionadas, tendo como foco básico o autocuidado e sendo, ainda, passíveis de aplicação a todas as pessoas que necessitem de cuidado (FOSTER e BENNETT, 2000).

3.1 TEORIA DO AUTOCUIDADO

Orem define autocuidado como o cuidado pessoal de que as pessoas necessitam diariamente para manter a vida, a saúde e o bem-estar. O autocuidado realizado com efetividade contribui para o desenvolvimento humano. Ele também é entendido como ação de aprendizagem, sendo aprendido ao longo da vida através das relações interpessoais e da comunicação. Caracteriza ainda como uma prática desenvolvida pela pessoa por vontade própria, norteadas por princípios que orientam a ação (OREM, 1995).

A ação de autocuidado diz respeito à habilidade do indivíduo de se empenhar no autocuidado, que pode ser afetada por fatores como a idade, o sexo, o estado de saúde, a orientação sociocultural, o nível de desenvolvimento, recursos no sistema de saúde e fatores ambientais, dentre outros. A demanda terapêutica de autocuidado é definida como ações deliberadas de autocuidado a serem desenvolvidas para preencher exigências de autocuidado (OREM, 1995). Foster e Bennett (2000) apontam que a ação do autocuidado é a aptidão ou o poder que o indivíduo dispõe para empenhar-se no mesmo.

Com base nos pressupostos dessa teoria, há três categorias de requisitos ou necessidades de autocuidado, definidos como ações voltadas para a provisão de autocuidado ou ainda como atividades da

vida diária, são eles:

- Requisitos de Autocuidado Universais: comuns a todos os seres humanos durante todo o ciclo vital, relacionados às suas necessidades básicas;

- Requisitos Desenvolvementais de Autocuidado: trata-se da provisão de cuidados que apoiam os processos vitais e de desenvolvimento, durante determinados estágios da vida, como por exemplo: nascimento, infância, adolescência, velhice. Orem pontua que em cada etapa do desenvolvimento pode haver exigências específicas de cuidados à saúde.

- Requisitos de Autocuidado nos Desvios da Saúde: constituem a demanda de autocuidado terapêutico. Esse tipo de requisito faz-se necessário no momento em que as pessoas estão doentes, apresentando patologias específicas, deficiências ou incapacidades (OREM, 1995).

3.2 TEORIA DO DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Caracterizada como o centro da teoria, pois delinea a necessidade do cuidado específico da enfermagem, ou seja, quando comportamentos de autocuidado não podem ser exercidos pelo próprio indivíduo, então a enfermagem é exigida para promover o autocuidado. A enfermagem, nesse caso, passa a ser uma requisição porque é a pessoa que se apresenta com inaptidão, ou tem restrição na provisão do autocuidar-se (FOSTER e BENNETT, 2000).

Segundo Orem (1995), configuram-se as exigências da enfermagem quando emergem circunstâncias de desvio da saúde ou quando as pessoas passam por estágios desenvolvimentais, nos quais a capacidade para o autocuidado se torne menor do que as necessárias para a manutenção da saúde. A atuação da enfermagem pode se dar pelo uso dos seguintes métodos: agir ou fazer pelo outro; guiar e apoiar o outro (física ou psicologicamente); proporcionar um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar o outro. Tal atuação pode ocorrer de maneira individual ou concomitantemente com a pessoa, de acordo com a avaliação das necessidades de autocuidado.

Nesse construto teórico, Orem afirma que a enfermeira pode auxiliar o indivíduo usando métodos, proporcionando ações de assistência para o autocuidado e definindo competências e capacidades. Essas ações são planejadas e executadas visando ao bem-estar da pessoa. Inclui nesse construto as definições de: conhecimento de

enfermagem, experiência, domínio de procedimentos de enfermagem, habilidades sociais, motivação e desejo de cuidar (OREM, 1995).

Dessa forma, os déficits de autocuidado delineiam a necessidade da interferência da enfermagem, quando as pessoas não têm competência ou estão limitadas para execução do autocuidado. Assim sendo, ao realizar o reconhecimento dos déficits, a enfermeira faz as intervenções utilizando-se da Teoria dos Sistemas de Enfermagem (OREM, 1995).

3.3 TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM

Nessa teoria, Orem fixa como as necessidades de autocuidado do indivíduo são preenchidas pela enfermagem, pelo próprio indivíduo ou por ambos. Nela distingue ação de enfermagem e ação de autocuidado, sendo que a primeira diz respeito ao exercício para o bem-estar de outro, enquanto a ação de autocuidado é desenvolvida em benefício próprio (FOSTER e BENNETT, 2000).

De acordo com os distintos métodos de ajuda a serem utilizados para atender aos requisitos de autocuidado, Orem (1995) identificou três sistemas de enfermagem, os quais são: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação.

Estes são caracterizados como sistemas de enfermagem que preenchem os requisitos de autocuidado, sendo que um ou mais tipos podem ser utilizados ao mesmo tempo. No sistema totalmente compensatório, o indivíduo é incapaz para realizar o autocuidado, dependendo de outros para manter seu bem-estar, sendo essa incapacidade total ou parcial. No sistema parcialmente compensatório, há uma situação onde o indivíduo apresenta algumas limitações para exercer o autocuidado, e nela tanto indivíduo como enfermeiro são sujeitos do autocuidado, tendo ambos papéis ativos nas ações. No sistema de apoio-educação, o indivíduo está habilitado a desempenhar ações de autocuidado ou está apto a aprender, tendo, porém, a necessidade de ser orientado e apoiado. Cabe assim à enfermagem contribuir através de orientações, auxílio na tomada de decisões, apoio para aquisição de habilidades para que o indivíduo se torne agente do autocuidado de forma consciente (OREM, 1995).

No sistema de apoio-educação denota-se uma relação de interdependência e corresponsabilidade. Ações importantes nessas

circunstâncias abrangem a associação de apoio, orientação, ensino e promoção de um ambiente propício para o desenvolvimento. O mesmo é dedicado a auxiliar as pessoas a realizarem deliberações sobre sua saúde, por meio da aquisição de conhecimentos e habilidades para mudar comportamento (OREM, 1995).

Entende-se que a teoria de Orem aplicada à mulheres idosas pode contribuir filosófica e metodologicamente como estratégia na construção individual de planos de autocuidado. Este estudo foi fundamentado pelo sistema apoio-educação proposto por Dorothea Orem, no qual ela propõe uma prática educativa para a saúde, em que a relação enfermeira-paciente é sempre horizontal, na qual os mesmos entram em acordos para o desenvolvimento das ações de autocuidado.

3.4 CONCEITOS ESPECÍFICOS NESTE ESTUDO

Neste item passa-se a descrever os conceitos que Orem (1995) apresenta em sua teoria adaptados para o presente estudo. São eles: **ser humano** (idoso e enfermeiro); **saúde**; **sociedade e meio ambiente**; e **enfermagem**.

Ser humano: diferencia-se de outros seres vivos por sua capacidade de refletir sobre si mesmo e sobre seu ambiente, de representar o que vivencia e de usar criações simbólicas para alcançar e fazer coisas que acarretam benefícios a si mesmo ou a outros seres humanos. Possui potencial para aprendizagem e desenvolvimento e necessita de informações e apoio para poder exercer o autocuidado (OREM, 1995).

Neste estudo, o ser humano é compreendido como a mulher idosa, numa perspectiva individual. Ela é considerada como um ser com potencial para aprendizagem, crescimento e desenvolvimento, reflexão, ação e também propensa a mudanças que considere significativas no seu processo de viver. A idosa é caracterizada como uma pessoa que possui crenças e valores, pensa, sente, decide e está habilitada a desempenhar ações de autocuidado, necessitando para isso de informações, apoio e educação para que possa exercê-lo na busca da promoção de sua saúde.

Vale ressaltar que, de acordo com Orem, as necessidades de autocuidado podem emergir quando as pessoas passam por estágios desenvolvimentais, como foi o caso das participantes que vivenciam a velhice.

Também se compreende como ser humano o enfermeiro, que tem

os mesmos potenciais dos seres humanos idosos; no entanto, devido à sua formação profissional ele está apto a realizar o apoio, as ações educativas e informativas. Neste estudo, o enfermeiro deverá buscar desempenhar essas funções, através do estabelecimento de relações interpessoais horizontais com as idosas, para que possa contribuir na proposição de acordos para o desenvolvimento do plano de autocuidado. Em vista disso, acredita-se que o encontro desses dois seres humanos – idosa e enfermeiro – compreende uma vivência desenvolvimental.

Saúde: de acordo com a autora (1995), saúde é um estado de equilíbrio e totalidade de bem-estar biopsicossocial que se concretiza na expressão da vida biológica e nas interações interpessoais e sociais. Aqui se entende saúde não como ausência de doença, tampouco como totalidade de bem-estar biopsicossocial, mas como um estado de equilíbrio entre essas forças que pode se expressar mesmo em pessoas idosas e/ou portadoras de doenças crônicas. Nesse sentido, a saúde está intimamente ligada aos cuidados de promoção, prevenção e reabilitação com vistas a um viver saudável tanto quanto possível.

Assim sendo, entende-se que para uma mulher idosa a saúde pode ser concebida como a compreensão de suas potencialidades e limitações na vivência dessa etapa da vida humana, pois dependem da percepção individual dessa fase e suas implicações a busca e o estabelecimento de formas saudáveis de viver com qualidade de vida. Ao refletir sobre as estratégias para promoção da saúde juntamente com as idosas, cria-se a possibilidade de empoderamento delas acerca do seu plano de autocuidado; assim as ações de autocuidado são os meios pelos quais as idosas chegarão ao fim, que é a promoção da sua saúde. O empoderamento aqui é compreendido como a aquisição e reflexão sobre conhecimentos e práticas antigas e novas para que, a partir disso, essas idosas possam realmente exercer atitudes decisórias em relação ao autocuidado.

Sociedade e meio ambiente: segundo Orem (1995), trata-se do espaço geográfico de uma determinada comunidade, compartilhado por um meio comum, e por pessoas que tenham interesses parecidos. As comunidades têm características distintas, entre elas: localização geográfica e climática, desenvolvimento industrial, oportunidades de emprego, ocupação, costumes e formas de comportamento. Nesse meio, as pessoas devem estar aptas ao seu autocuidado e a prestarem cuidado aos seus dependentes. De forma geral a sociedade valoriza a autoajuda e a ajuda dos outros como atividades desejáveis, então a enfermagem também se baseia nesses valores. Orem também enfatiza a importância das dimensões sociais e interpessoais na enfermagem.

Orem (1995) destaca, ainda, que a saúde de uma sociedade ou de uma comunidade específica varia de acordo com o estilo de vida das pessoas e os seus estados de saúde e que o bem-estar pode ser afetado tanto positivamente quanto negativamente pela estabilidade ou mudança das condições ambientais, físicas, sociais e políticas.

O meio ambiente é considerado por Orem como um subconceito de ser humano, já que formam um sistema integrado, nunca estando isolados um do outro. O ser humano está intimamente unido com o meio ambiente, sendo que juntos formam um sistema integrado de influência mútua e relacionado com o autocuidado. As influências e alterações que ocorram, quer sejam no meio ambiente ou no ser humano, podem distorcer o funcionamento do indivíduo no desenvolvimento de ações de autocuidado (OREM, 1995).

Relacionado ao meio ambiente parte-se do pressuposto de que essas idosas conhecem o meio em que vivem, interagem com ele e refletem sobre ele. Estabelecem relações interpessoais, não somente com a família, mas também com grupos que tenham interesses comuns, como é o caso dos participantes da Cidade do Idoso.

Dessa forma, ponderando que as idosas são seres humanos que estão inseridos numa sociedade, que influenciam e sofrem influências do meio e da cultura vigente, entende-se que para a realização deste trabalho devem ser consideradas as dimensões socioculturais e interpessoais, tendo em mente que esses fatores influenciam nas ações de autocuidado.

Enfermagem: para Orem, a enfermagem

é um mundo de experiências com pessoas, de busca de informação, de julgar e de agir para alcançar os resultados previstos, que cumprem com os requisitos existentes ou projetados para as pessoas pela enfermagem. Isso também é a procura e a construção do conhecimento. (OREM, 1995, p. 4)

A enfermagem é um tipo especial e particular de ação humana, sendo esta uma ação desejável e necessária. Assim, é um serviço, uma arte e uma tecnologia. Como serviço, auxilia os seres humanos no desempenho de ações deliberadas e desempenhadas pelo enfermeiro, mantendo ou alterando sua própria competência ou o ambiente. Como arte, é a habilidade de assistir pessoas na gerência do autocuidado e, como tecnologia, refere-se ao conjunto de informações sistematizadas

para o alcance de resultados (OREM, 1995).

Sinteticamente, Orem expõe que cuidar é um espaço da ciência e do serviço humano que tende a resolver as limitações e reforçar as capacidades da pessoa no exercício do autocuidado.

Pertinente ao cuidado das idosas entende-se a enfermagem como necessária, como signatária de conhecimentos que a habilitam a assistir esta clientela, capaz de estabelecer deliberadamente relações interpessoais com a idosa que é cuidada, reforçando suas capacidades, identificando e buscando possíveis alternativas para suas limitações. Tal fato denota que a enfermagem tem percepções de quando os indivíduos precisam ser auxiliados.

Nesse contexto, o papel específico da enfermagem é o de educador, realizando ações educativas, fornecendo apoio e subsídios para que as idosas reflitam, aprendam, discutam e façam proposições de ações para o autocuidado. Dessa forma, juntos, enfermagem e idosa assumem sua parcela de responsabilidade sobre o viver saudável.

A efetiva atuação educativa da enfermagem tem desempenho preponderante na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida desse segmento da população, pois as ações educativas contribuem para a repadronização de comportamentos que favoreçam o bem-estar e a saúde.

O uso de conceitos dessa teoria implica permitir que as pessoas façam ações de cuidado por si mesmas, cabendo à enfermagem apoiar, orientar e ensinar, para que as pessoas façam seus próprios planos em função de seu cotidiano. Esse modelo promove a busca da satisfação das demandas de autocuidado, fomentando a autonomia e a independência.

CAPÍTULO 4

CAMINHO METODOLÓGICO

A abordagem metodológica que se utilizou no presente estudo foi da pesquisa qualitativa. Entende-se que ela é adequada ao objetivo proposto, de promover o autocuidado de um grupo de mulheres idosas. Oliveira (2005) define pesquisa qualitativa como o estudo particularizado de determinado grupo ou ator social, evento, elemento ou acontecimentos de uma realidade. A pesquisa busca identificar informações para dar a compreender o objeto investigado.

Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que a pesquisa qualitativa fundamenta-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida. Tal abordagem envolve a totalidade de seres humanos, concentrando-se na experiência humana em panoramas naturais. Nesse tipo de pesquisa, o pesquisador crê que seres humanos singulares conferem significados às suas experiências que emanam da conjuntura da vida e das relações que abroham ao longo do dia a dia.

A abordagem qualitativa busca sentidos, interpretações, sujeitos e suas histórias. Para Minayo (2001), esse tipo de abordagem abrange uma diversidade de aspectos, como valores e crenças, aprofundando o significado de processos e fenômenos que não podem ser transformados operacionalmente em meros dados estatísticos.

Esse estudo é do tipo descritivo cujo objetivo é descrever e documentar aspectos de uma determinada situação (POLIT; BECK e HUNGLER, 2004). Para isso utilizou-se a estratégia da pesquisa definida por Thiollent (1994) como um tipo de investigação realizada com associação a uma ação, onde os participantes de forma cooperativa se tornam sujeitos da produção.

As técnicas utilizadas para coleta dos dados foram observação, entrevista semiestruturada, plano de autocuidado individual, acompanhamento e avaliação da implementação do plano.

A observação é uma importante técnica de coleta de dados, pelo fato de o observador poder captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de entrevista (MINAYO, 2008). O registro das observações visa enfraquecer a possibilidade de deformidade entre a realidade e o teor das falas, quando do momento de coleta dos dados (CARTANA et al., 2008).

Para Polit, Beck e Hungler (2004), o método de observação livre pode ser utilizado para captar uma variedade de informações que se

referem às características das pessoas, condições ambientais e comportamento na comunicação não verbal. Neste estudo, os registros das observações constaram no diário de campo, onde foram apontadas anotações necessárias, como descrições, pensamentos e reflexões da mestrand, sendo este considerado um instrumento de vigilância metodológica.

Utilizou-se, neste trabalho, a entrevista semiestruturada. Essa modalidade permite ao entrevistador uma maior flexibilidade, na medida em que se pode mudar a ordem das perguntas e se tem larga liberdade para fazer intervenções, de acordo com o curso da entrevista (MATTOS e LINCOLN, 2005).

Tendo em vista os objetivos a serem alcançados, o roteiro predefinido das entrevistas com questões disparadoras foi desenvolvido pela mestrand (Apêndice 1) utilizando como pano de fundo para sua construção alguns aspectos dos determinantes do Envelhecimento Ativo¹, especialmente os fatores relacionados aos sistemas de saúde, serviço social e fatores comportamentais (WHO, 2005). É importante salientar que esses fatores serviram de guias para avaliar o processo de autocuidado que as idosas realizam no seu cotidiano, evidenciando assim as demandas de autocuidado.

De acordo com Minayo (2008), o roteiro deve ter poucas questões, é um guia com objetivo de ser um facilitador de aprofundamento da comunicação. Na entrevista aberta, o participante pode discorrer livremente sobre o tema proposto sem nenhum tipo de resposta prefixada pelo pesquisador.

O plano individual de autocuidado de cada idosa foi produto da discussão e do planejamento de ações de autocuidado que foram implementadas por cada uma; esses planos foram acompanhados e avaliados continuamente pela mestrand e participante, tendo como referencial a teoria do autocuidado de Orem, processo no qual foi estimulado o papel proativo das mulheres envolvidas.

¹ Projeto de Política de Saúde que pretende informar a discussão e a formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo. Foi desenvolvido pelo Programa de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma contribuição para o Segundo Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizado em abril de 2002, em Madri, Espanha. Aborda questões relacionadas ao envelhecimento da população e à questão da saúde a partir de uma perspectiva ampla, reconhecendo o fato de que esta só pode ser criada e mantida com a participação de vários setores. Tem como público-alvo os governantes em todos os níveis, entidades não governamentais e o setor privado, e todos aqueles responsáveis pela formulação de políticas e programas ligados ao envelhecimento.

4.1 CENÁRIO

4.1.1 Chapecó

O município de Chapecó foi criado em 1917, localiza-se na região oeste do estado de Santa Catarina, a 569 km de Florianópolis, capital do estado. É considerado o principal polo econômico da região, exercendo influência sobre aproximadamente 70 outros municípios. Ocupa uma posição central em relação ao MERCOSUL.

Chapecó tem uma superfície territorial de 624,3 Km², situa-se 674,62 metros acima do nível do mar, com temperatura média no ano de 19,17 graus centígrados. É banhado pelos rios Uruguai, Chapecó e Irani e pelos seus diversos afluentes.

O grande destaque econômico do município é o complexo agroindustrial de suínos e aves, sediando grandes frigoríficos do país, porém outros ramos industriais estão presentes. Na agricultura, a estrutura familiar aliada a características dos fatores naturais, clima e solo, proporciona potencial não só para os produtos tradicionais com significativo leque de diversificação. Destaca-se, ainda, a ampla gama de produtos e serviços oferecidos pelo setor terciário do município, em consonância com sua condição de polo regional.

A população estimada de Chapecó em 2009 era de 174.187 habitantes, dos quais 93% na zona urbana. Aproximadamente 6,15% da população total é composta por pessoas com 60 ou mais anos (IBGE, 2009) e observa-se um crescimento da população de idosos, ainda que a população adulta seja mais numerosa.

A população de Chapecó, na sua maioria, é de origem italiana e alemã, constituída de descendentes de imigrantes que se fixaram particularmente na região noroeste do estado do Rio Grande do Sul e que, nas últimas décadas, estabeleceram moradia em Chapecó e região.

Convivem no município várias etnias, originárias de outros países europeus, caracterizando-se como uma sociedade multirracial. Dos povos que habitavam a região antes da ocupação dos imigrantes europeus, ainda vivem em Chapecó aproximadamente 869 índios Kaingangues, na sua maioria residindo nas aldeias de Toldo Chimbanguê e Condá.

A partir de demandas políticas e sociais, com objetivos de promoção da melhoria da qualidade de vida da população idosa, proporcionando-lhe condições para um envelhecimento saudável e

longevidade, foi criada no ano de 2008 a Cidade do Idoso.

A pesquisa foi iniciada com a seleção de potenciais participantes na Cidade do Idoso. Salienta-se que existem no município 67 grupos de convivência de idosos distribuídos na região urbana e rural, com um total de 3.250 idosos participantes; ou seja, do total de habitantes idosos do município, aproximadamente 35% fazem parte de algum grupo de idosos.

A Cidade do Idoso localiza-se junto ao parque de exposições Tancredo Neves, no bairro Efapi, Chapecó, SC. Esse bairro é um dos mais populosos do município e está localizado na região oeste de Chapecó, entre outros bairros também bastante populosos. O local é de fácil acesso por ficar próximo da universidade e de agroindústrias. O transporte urbano é o meio mais utilizado pelos idosos para se deslocarem até a Cidade do Idoso. Suas atividades tiveram início em julho de 2008, buscando atender à população idosa, em questões relacionadas à promoção a saúde, ou seja, essa instituição não tem como prioridade atividades assistenciais em saúde no padrão proposto por unidades de saúde.

Recebe idosos das diversas localidades geográficas do município. Tem atividades programadas no período diurno, começando às 8 horas, de segunda a sexta-feira, sem interrupção no horário do almoço. Conta com refeitório onde são servidas refeições para os idosos que ali permanecem durante um período ou o dia todo.

As atividades nesse espaço são coordenadas pela Fundação de Assistência Social de Chapecó (FASC) e também estão vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em função da equipe multiprofissional de saúde que ali atua. Atuam na Cidade do Idoso profissionais das áreas de enfermagem, odontologia, medicina geriátrica, pedagogia com especialização em música, serviço social, educação física, dança, nutrição e fisioterapia.

O espaço físico é composto por sala de musculação; sala com piscina de hidroginástica; área coberta para realização de alongamento e atividades de lazer; sala para pilates e ioga; sala para a realização das atividades do coral; sala de computação; salão de beleza; pavilhão utilizado como refeitório e salão de eventos; sala que serve como escola de música; sala de cinema; equipamentos para exercício físico ao ar livre; quiosques e sala de administração. Conta ainda com recepção, sala de enfermagem, consultório médico, consultório odontológico, sala de reuniões, cozinha e banheiros.

Ao inscrever-se, o idoso pode optar por duas atividades que são de realização contínua, como por exemplo: hidroginástica, coral,

musculação, computação, entre outros. Nas atividades em que não é necessária continuidade, o idoso pode participar sempre que quiser, por exemplo as oficinas de saúde, cinema e outros.

Ao ingressar nas atividades, especialmente as que requerem esforço físico, acuidade visual, auditiva ou outra o idoso é submetido a avaliação por médico geriatra, sendo que a reavaliação é periódica.

4.2 SUJEITOS PARTICIPANTES

Tendo em vista a consecução dos objetivos do estudo optou-se por ter como participantes apenas mulheres idosas. Tal escolha se deu levando em consideração dados como os apontados por Camarano (2002) e Menezes e Lopes (2007) que assinalam a feminização da velhice e ressaltam que as mulheres, de maneira geral, têm uma expectativa de vida maior que os homens, sendo que isso se deve a diversos aspectos, tais como: fatores biológicos, diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade, o uso mais frequente de serviços de saúde, dentre outros. O número de mulheres idosas em Chapecó é de 4.941 caracterizando 56,2% do total de idosos do município (IBGE, 2009). A busca dos sujeitos da pesquisa foi realizada na Cidade do Idoso, pois se observou que, também nesse espaço, as mulheres são as maiores frequentadoras, com um total de 62%.

Assim, nesse estudo foram eleitos como **critérios de inclusão das idosas** os seguintes aspectos:

Mulheres com idade igual ou acima de 60 anos; a limitação nessa faixa de idade deveu-se ao fato de a Organização Mundial da Saúde considerá-la determinante para reconhecimento do indivíduo na condição de idoso para os países em desenvolvimento.

Mulheres que tivessem ao menos quatro anos de escolaridade regular e, com isso, condições de alfabetização para leitura e escrita;

Mulheres que estivessem lúcidas, orientadas e que apresentassem capacidade de interação social e comunicação verbal.

Mulheres que aceitassem fazer parte do estudo.

O **critério de exclusão** foi: idosas que apresentassem escolaridade menor do que a definida para esse estudo; capacidade cognitiva e de comunicação prejudicadas.

A seleção das potenciais participantes foi realizada no mês de junho de 2009, na Cidade do Idoso, salientando que as idosas abordadas foram pré-indicadas por profissionais que atuam no local. A partir disso,

a mestranda fez o primeiro contato pessoal com 26 indicadas, expondo os objetivos do trabalho, inquirindo sobre seu interesse em participar e catalogando os seguintes dados: idade, grau de escolaridade, atividades que realiza na Cidade do Idoso, endereço e telefone. Essa conversa serviu também para avaliar a lucidez, orientação e capacidade de interação das idosas. Nesse momento foram selecionadas 19 idosas que atendiam aos critérios de inclusão e tinham interesse em participar do estudo, sendo que sete foram excluídas porque uma não aceitou participar do estudo e seis não tinham o nível de escolaridade requerido. A partir disso, a seleção se deu por sorteio aleatório simples, em que se trabalhou com três idosas que foram sorteadas e se dispuseram a colaborar com o trabalho.

Em respeito aos aspectos éticos da pesquisa, que devem garantir o anonimato das participantes, foram atribuídos a elas nomes de flores, que também são nomes de mulheres. Para a primeira informante escolheu-se o nome **Rosa**, devido à vivacidade percebida; para a segunda, **Violeta**, pela doçura e leveza que expressa; e para a terceira, o nome de **Margarida**, por ser uma mulher que aparentava fragilidade e força ao mesmo tempo. Seguindo os mesmos preceitos éticos, optou-se por destinar nomes fictícios aos demais membros da família dessas idosas que venham a ser citados em alguns momentos do texto.

As idades das idosas eram 63, 67 e 72 anos, a escolaridade de duas era a 4^a série do ensino fundamental e uma tinha o ensino fundamental completo. Apenas a Sra. Margarida é viúva, e junto consigo mora uma neta; teve sete filhos e apresentou dois abortos entre os partos; as demais moram com o marido e cada uma teve quatro filhos. Todas se declaram católicas; no entanto, somente uma é praticante mais fervorosa. Todas têm problemas crônicos de saúde e necessitam de uso de medicação.

Essas idosas se identificaram como donas de casa, sendo que uma recebe pensão de um salário mínimo e as demais vivem da aposentadoria dos maridos que chega a cinco salários mínimos. As três participantes moram em casa própria em bairros adjacentes ao centro de Chapecó (SC). Elas participavam de atividades na Cidade do Idoso por um período entre nove meses e um ano.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os cuidados éticos foram delimitados com base na Resolução

196/96 do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde (1996b) e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007), os quais enfatizam, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Em atenção aos aspectos éticos da pesquisa, a proposta foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). A partir da aprovação no CEP sob nº 040/09 (Anexo A), em reunião de 6 de abril de 2009, deu-se sequência ao estudo.

A análise do projeto pelo CEP e o trabalho de campo se pautaram na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

As informantes tiveram livre escolha para participarem na pesquisa, podendo ter solicitado seu afastamento caso desistissem no decorrer ou ao término das entrevistas, o que não ocorreu em nenhum momento. Foram garantidos às mulheres o seu anonimato e o sigilo das informações.

Foram fornecidos os esclarecimentos acerca da pesquisa e foi solicitada a adesão através de sua assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). O referido termo foi emitido em duas vias, uma das quais foi entregue às participantes, enquanto a outra permaneceu com a mestrandia.

4.4 ENTRADA EM CAMPO

Após a seleção das potenciais participantes foi realizado sorteio simples aleatório das idosas, em seguida as sorteadas para o estudo foram contatadas por telefone, quando a mestrandia novamente expôs o objetivo do trabalho, sua forma de participação e seus direitos. Todas as três primeiras sorteadas aceitaram fazer parte do trabalho. Já nesse primeiro telefonema foi marcada a primeira entrevista, de acordo com a disponibilidade da mestrandia e da idosa, bem como foi registrado o seu endereço.

Na primeira visita, a mestrandia reiterou novamente os objetivos da pesquisa, a forma de participação e os direitos da idosa. Após os esclarecimentos que se fizeram necessários foi apresentado o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e solicitada a assinatura.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu nos domicílios, em diferentes regiões da zona urbana do município, durante os meses de setembro a dezembro de 2009. Foi realizado um total de cinco encontros com cada uma das idosas, sendo importante salientar que esse número de encontros se deu para garantir o aprofundamento necessário na realização do estudo, bem como permitir a construção do plano de autocuidado de cada idosa. Uma vez agendada a visita com bastante antecedência, no dia anterior à mesma, a mestranda teve o cuidado de contatar a idosa novamente para confirmação da data e do horário da visita.

No primeiro encontro, deu-se início à interação interpessoal entre a participante e a mestranda. Num primeiro momento, a mestranda explica novamente os objetivos do estudo e a forma de participação dessa idosa no processo de desenvolvimento da pesquisa. Ela deixou, ainda, espaço para que a participante fizesse suas perguntas e/ou solicitasse esclarecimentos sobre a pesquisa ou fizesse outras perguntas de seu interesse. Dava-se, assim, início à interação na qual mestranda e idosa começavam a construir uma relação dialógica e horizontal, por meio do respeito, da empatia e do estabelecimento de vínculo.

Nos dois primeiros encontros foram coletados os dados de identificação de cada idosa, informações relativas à sua história de vida, saúde e doença. Com base nessas informações e nas análises feitas, foi possível averiguar quais os aspectos mais relevantes para a construção do Plano de Autocuidado de cada uma. Os itens extraídos foram categorizados em: pontos a serem resgatados (quando havia dúvidas por parte da mestranda), pontos a serem potencializados e pontos a serem discutidos. Vale lembrar que ao término de cada encontro já era combinada a data para o próximo.

No terceiro encontro construiu-se um plano de autocuidado com cada idosa, no qual se partiu do pressuposto de Orem de que enfermeira e idosas devem possuir os mesmos objetivos e trabalhar em comum acordo. Trabalhou-se sem imposição de cuidados, buscando, dessa forma, que as idosas compreendessem e se tornassem engajadas no seu processo de autocuidado.

O intervalo entre as três primeiras entrevistas variou de seis a quinze dias, em virtude da disponibilidade de tempo das participantes e da mestranda. Esses intervalos permitiam transcrever e pré-analisar os dados, verificando os pontos que precisavam ser mais bem esclarecidos e validados, e aspectos que requeriam aprofundamento.

O quarto e o quinto encontros serviram para a retomada do plano de autocuidado, numa espécie de *check-list* das ações acordadas no encontro anterior, avaliando o que foi realizado, quais as facilidades e dificuldades na implementação destas por parte da participante. De acordo com Orem (1995), para que o sujeito alcance o autocuidado, também é imprescindível que haja avaliação do desenvolvimento do autocuidado, ou seja, o controle do comportamento de aprendizagem para a execução das medidas de autocuidado propostas, que, neste caso, foi realizado através desses encontros subsequentes.

Entre a terceira e a quinta visitas, o tempo de intervalo variou de 27 a 30 dias; isso foi proposital para que a idosa tivesse tempo necessário de introjetar os aspectos relativos ao seu autocuidado, especialmente aqueles que implicavam algum tipo de mudança de comportamento. Foi também durante esse tempo que as idosas puderam refletir e analisar as facilidades e dificuldades na implementação das ações de autocuidado ajustadas.

No último encontro também foi realizada a validação interna das histórias de cada uma, transcritas e organizadas, e saída de campo. Todas leram a história construída e tiveram a liberdade de fazer os ajustes que entendessem necessários, mas nenhuma delas solicitou qualquer tipo de alteração. Nesse momento foi deixada uma pasta personalizada para cada idosa, contendo seu plano de autocuidado, sua história e todos os materiais educativos utilizados como suporte durante os encontros juntamente com uma mensagem (Anexo B).

Os encontros tiveram tempo variável entre 40 minutos e 1h40 cada. Foram gravados em meio magnético, com o consentimento das participantes, e em nenhum momento houve resistência ao uso do gravador. Não foram realizadas imagens durante os encontros.

Para garantir que todas as informações fossem registradas com exatidão, a mestrande fez os registros das observações e suas notas reflexivas no diário de campo ao término de cada encontro, que se constituiu num documento pessoal, ressaltando que, para cada idosa, foram criados uma pasta e um diário de campo. Também realizou manualmente as transcrições de áudio das entrevistas, tendo o cuidado de revisar seus registros antes de cada encontro subsequente, organizando os dados e avaliando temas a serem retomados, bem como realizando associação com aspectos do referencial teórico.

Todos os dados foram arquivados com segurança, buscando-se manter sigilo a respeito deles. O manuseio dos dados para análise e interpretação foi feito exclusivamente pela mestrande e por sua orientadora, ficando esses dados restritos aos fins desta pesquisa.

4.6 REGISTRO E ANÁLISE DOS DADOS

O registro das informações decorrentes das observações (diário de campo) e das entrevistas foi realizado pela mestrande, sendo transcritas fielmente e relatadas tão breve quanto possível, para que não houvesse perda de dados. Com base nessas informações e na pré-análise desses dados, mestrande e idosa, durante o terceiro encontro, numa relação dialógica, elaboraram o plano de autocuidado fundamentado na teoria de Dorothea Orem, ficando cada uma com uma cópia dos itens acordados, para acompanhamento.

A análise se deu pela organização dos dados, leitura, releitura e reflexão exaustiva das informações transcritas, utilizando o método de **análise temática**, que consiste em encontrar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (MINAYO, 2001).

Para a análise das informações foram percorridas as três etapas segundo a proposta de análise temática de Minayo (2008), cuja operacionalização compreende:

1) *Pré-análise*: esta fase consistiu em tomar contato com o material resultante das observações e entrevistas, determinando as unidades de registro. Nela realizou-se a construção do texto narrando a história temporal de cada idosa, buscando aproximações incipientes com os conceitos teóricos gerais que orientaram a análise, levando em conta a questão central e objetiva da pesquisa.

Com a construção da história de cada participante pelo método narrativo, foi possível contemplar os aspectos da vida, saúde e doença de cada uma. Privilegiar a fala de idosas significa reconhecer que estamos falando de um grupo importante na sociedade, que possui uma ampla experiência de vida.

A apresentação dos casos seguiu séries temporais, com a perspectiva cronológica, que é uma das possibilidades propostas nas metodologias de estudos de caso. Interessou-nos a parte cronológica pelas construções e experiências que ocorreram no decorrer da vida dessas idosas.

Vale ressaltar que durante a primeira etapa, que ocorreu à proporção que os dados foram sendo coletados (entrevistas e registros de observações), tinha-se o objetivo de que pontos não compreendidos pudessem ser mais bem apreendidos em um novo retorno, bem como de conhecer as práticas de autocuidado e obter dados que subsidiassem a construção do Plano de Autocuidado com cada idosa.

2) *Exploração do Material*: caracterizada como a segunda etapa, esta fase ocorreu com a exploração dos dados contidos nas transcrições das entrevistas, registros de observações, história de cada idosa e plano de autocuidado individual, através de várias leituras atentas, buscando a compreensão dos textos. Procederam-se os recortes dos textos, codificação, classificação e escolha das categorias temáticas, levando em conta o objetivo central do trabalho e o referencial teórico.

Num primeiro momento, após várias leituras, foram selecionadas partes dos textos caracterizadas por Minayo (2008) como “unidades de registro”, que aparentassem significação relacionada ao autocuidado na cor amarela e outros dados considerados importantes na cor rosa.

Depois disso, todos os textos foram reunidos numa pasta específica para cada idosa, impressos e literalmente recortados. Com os recortes em mãos, iniciou-se a ordenação dos dados e a construção de um painel de aproximadamente 2mx2m, no qual os eixos temáticos e os subtemas foram sendo delineados, através de recortes e colagem, o que permitiu uma classificação preliminar.

Isso feito, procedeu-se novamente à leitura de todo o material para a confirmação de que todos os dados considerados importantes para o trabalho tivessem sido extraídos das fontes, e alguns novos foram encontrados e outros foram descartados, podendo isso ser caracterizado como um ‘enxugamento’ temático.

3) *Tratamento dos Resultados Obtidos*: nesta fase deu-se a interpretação dos significados dos dados obtidos, estabelecendo os eixos temáticos finais, correlacionando-os com o referencial teórico que fundamenta a pesquisa.

A partir da **análise** dos dados emergiram os seguintes eixos temáticos: **“práticas de cuidado pessoal, rede de apoio e suporte, sentimentos e emoções e o conhecimento em saúde”**, que revelaram como as idosas tomavam conta de si no cotidiano. Após serem definidos os eixos temáticos, buscou-se a fundamentação à luz do referencial teórico e da literatura.

Torna-se importante salientar que a interpretação dos dados ocorreu simultaneamente com a fase de coleta, na qual especialmente o plano de autocuidado de cada idosa foi sendo delineado, sendo que no terceiro encontro o plano estava edificado, para que cada uma pudesse implementá-lo, e as avaliações fossem realizadas nos encontros subsequentes.

A avaliação do processo metodológico ocorreu de forma contínua e sistemática ao longo do processo, através da retomada ou confirmação dos dados obtidos na entrevista anterior, bem como pela construção do

plano de cuidados com cada participante e reavaliação posterior.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Ninguém pode estar na flor da idade,
mas cada um pode estar na flor
da sua própria idade.*
Mário Quintana

Este capítulo apresenta os resultados obtidos, a análise dos dados e a sua discussão à luz do referencial teórico adotado e das referências contextuais que guiaram este estudo. Com a finalidade de explorar melhor os dados, optou-se por primeiramente apresentar a história de cada idosa, enfatizando seus processos de saúde e doença vivenciados. Na sequência, o Plano de Autocuidado Individual construído e sua avaliação. Por último, serão apresentadas a análise temática e a discussão do conjunto desses três casos.

5.1 O CASO DE ROSA

Rosa é uma mulher de 63 anos, de cor branca, casada, mora com o marido, que é aposentado. Tem 4 filhos e 4 netos. É extrovertida, ativa, comunica-se bem. Usa roupas alinhadas, os cabelos são curtos e coloridos artificialmente num tom chocolate.

Nasceu em 1943, no interior de Piratuba, e é a segunda do total de 6 irmãos. Durante a infância, morou no mesmo local, seu pai tinha um pequeno clube de jogos na parte inferior de um sobrado e a mãe fazia refeições que eram servidas no local. Mais tarde, mudou-se para o interior do município de Concórdia. Nesse período o pai trabalhava como operário na empresa Sadia.

Sua infância foi normal, não havia brinquedos, sendo que a criatividade era usada para a realização das brincadeiras, que em sua maioria eram com outras crianças, junto à natureza.

No período de infância, quando necessário, sua mãe cuidava de problemas de saúde dela e dos irmãos utilizando chás caseiros que eram cultivados na horta. “*Ela cuidava muito bem, porque qualquer coisa ela fazia aqueles chás caseiros, não era de muito médico, sabe? Era só chá caseiro. Na horta tinha de tudo um pouquinho.*” Rosa usou muitos desses cuidados posteriormente com seus filhos e passou esses

conhecimentos para as suas filhas. No terceiro encontro presenteou-me com um pequeno fichário de ervas que conhece e cultiva (Anexo C). Rosa relata que, na infância, quando a doença era mais grave, iam ao médico em Marcelino Ramos. Quando criança sofreu uma queda da parte superior do sobrado e noutra ocasião acredita que teve meningite; em ambos os momentos, foi tratada por um farmacêutico, que era considerado como médico na região.

Depois de alguns anos morando nesse local, mudaram-se para outro, também no interior de Concórdia. Nessa época Rosa estudava num colégio de freiras em Concórdia, onde permaneceu como interna por 7 anos, até perder a bolsa de estudos em virtude de reprovação. Durante o período em que estava como aluna interna fraturou o braço direito, numa brincadeira na escola, o qual foi tratado por um “arrumador de ossos”.

Após sair do internato, voltou a morar na casa dos pais e continuou estudando até concluir a 8ª série. Nesse período seu pai adoeceu e Rosa passou a ajudar a cuidar do pai, que faleceu mais tarde, aos 54 anos.

Durante sua juventude, além de trabalhar na Coordenadoria Regional de Educação e ajudar a cuidar do pai, frequentava as matinês que aconteciam em sua comunidade. Nesse período conheceu Samuel. Encantou-se por ele assim que o conheceu. *“Eu fui lá comprar nossa geladeira e me encontrei com ele, me apaixonei... amor à primeira vista, sabe como que é...”* Depois de um ano de namoro noivaram e em seguida casaram, quando Rosa tinha 21 anos. Foram morar numa pequena casa no terreno de sua sogra.

Aos 22 anos, depois de dez meses de casamento, nasceu seu primeiro filho. Durante a gestação frequentou grupo de gestantes. O parto foi realizado por uma enfermeira, pois não havia médico presente no hospital de Concórdia. Essa foi uma experiência pouco agradável, uma vez que o trabalho de parto foi longo, o parto doloroso, a criança era grande e tinha 2 circulares de cordão. A criança nasceu cianótica e necessitou de cuidados apropriados. Rosa não amamentou devido à mastite no período puerperal. Após isso relata que teve tifo, que foi diagnosticado e tratado por um farmacêutico de Concórdia.

Quando voltou a trabalhar, deixava o filho pequeno com a sogra; no entanto, começaram alguns conflitos com a sogra em função da necessidade de cuidados da criança. Seu marido decidiu que Rosa não deveria mais trabalhar. Mesmo sentida por ter de deixar o trabalho, aceitou pacificamente a decisão do marido: *“... era a palavra do meu marido, e naquele tempo era assim... Tinha que obedecer... Era mais ou*

menos assim e eu deixei de trabalhar. Senti muito, eram quatro anos que eu trabalhava no Estado”.

Após algum tempo de casamento, o marido começou a beber e isso sempre lhe trouxe muito sofrimento; conta que ele não era uma pessoa agressiva, contudo não gostava de ser contrariado nem inquirido. Deixou de beber há aproximadamente um ano, após um ultimato de Rosa, que numa situação limite falou: *“Estou no fundo do poço, não aguento mais, vou dar um basta! Você segue o teu caminho que eu sigo o meu [...] Graças a Deus ele largou da cachaça”.*

Dois anos após o nascimento de Ari teve a segunda filha, que também nasceu de parto normal, no mesmo hospital de Concórdia onde nasceu o primeiro filho.

Em 1976 mudou-se para Chapecó. Durante alguns anos mudaram várias vezes de residência, em função de problemas econômicos. Posteriormente adquiriram um terreno e construíram uma casa. Há 20 anos mora nessa casa, que é de sua propriedade. É uma casa térrea grande, de alvenaria, pintada de verde e marrom, cercada, com varanda e garagem, área de serviço, pequeno pomar e horta; é limpa e organizada.

Quando tinha 33 anos decidiram ter mais um filho. Ficou surpresa, pois só soube que seriam gêmeas quando fez a primeira consulta, já no sétimo mês de gestação. Não fez ultrassom, sendo que o médico sabia serem gêmeos somente pelo exame clínico. O parto foi cesáreo e nesse momento soube que eram duas meninas, que hoje estão com 29 anos. Ficou no hospital 12 dias com as crianças, pois elas precisaram ficar na incubadora com cuidados especiais, uma vez que tinham baixo peso. Depois dos 12 dias continuou indo ao hospital três ou quatro vezes ao dia, durante o período de internação. Também não amamentou as meninas.

Nesse período quem auxiliava Rosa nos cuidados com as gêmeas era sua filha mais velha, então com nove anos, e uma cunhada que morava junto.

Durante vários anos, Rosa, apoiada pelo marido, criou os filhos, que estudaram, formaram-se e iniciaram carreira profissional; dois deles (os mais velhos) casaram e tiveram filhos. Uma das gêmeas casou há pouco tempo e atualmente mora em Itajaí; os demais permanecem residindo em Chapecó.

Hoje em dia rotineiramente levanta-se cedo, entre 6 e 06h30, liga TV, faz chimarrão e em seguida o café da manhã. Faz o jejum todos os dias, come pão com acompanhamento de doces ou embutidos e toma café com leite; também evita consumo exagerado de açúcar. Logo após

o desjejum, toma o medicamento anti-hipertensivo.

Nas manhãs costuma ficar em casa e realizar as atividades domésticas. Poucas vezes repousa após o almoço, e, quando o faz, é por pouco tempo.

Nas tardes de segunda e terça realiza atividades de biodança e do coral na Cidade do Idoso e está inscrita para iniciar na hidroginástica. Nas quartas à tarde realiza atividades de artesanato no clube de mães de seu bairro e em seguida participa de jogos adaptados para a terceira idade como câmbio, voleibol e basquete reloginho, no ginásio local.

Nas quintas-feiras acompanha o marido até a chácara da filha, onde passa o dia e realiza pequenas atividades. Isso a agrada e afirma fazer bem para sua saúde. Na sexta-feira costuma ficar em casa para ajudar a faxineira na limpeza. Já nos sábados pela manhã prepara o almoço e à tarde se reúne com amigas na sua casa ou na casa delas. Durante as reuniões com amigas, comem lanche e fazem trabalhos artesanais. Nos domingos se reúne com a família, especialmente filhos, nora, genros e netos em sua casa, na chácara ou na casa deles.

Rosa é católica e participa de atividades religiosas somente em ocasiões especiais. No entanto, gosta de rezar na gruta anexa à catedral, pois acredita que rezar faz bem.

Realiza basicamente três refeições ao dia, sendo desjejum, almoço e jantar. Gosta de cozinhar e é ela própria quem prepara o almoço para o casal, e frequentemente para os filhos, nora, genros e netos que a visitam no horário do almoço. Costuma preparar alimentos simples, como arroz, feijão, carne, polenta, massas, saladas, legumes. Por vezes substitui a carne por queijo frito ou ‘fortaia’. Aprecia todos os tipos de carnes; entretanto, come mais carne de gado, sendo peixe o tipo mais esporádico. Tem preferência pelo uso de banha no preparo dos alimentos e de fritura. Gosta de temperos industrializados e sucos artificiais.

Rosa costuma utilizar galheteiro com temperos como o sal para serem acrescentados na comida. Come poucas frutas, não realiza amiúde lanche no período da manhã. Costuma fazer sobremesa somente nos finais de semana, não tendo o hábito de comer doces diariamente. No jantar repete os mesmos alimentos do desjejum.

Em relação a bebidas, toma água, sucos e chimarrão diariamente. Não gosta de bebidas alcoólicas, exceto um chope esporadicamente no verão.

Há aproximadamente cinco anos sentia cefaleia occipital frequente, e realizou consulta médica, na qual foi diagnosticada a hipertensão arterial. Realiza controle semanal da pressão arterial. Sobre

isso, diz: *“Não deixo de controlar, porque o médico disse que tanto a pressão baixa como a alta é perigoso e quando ela sobe demais você nem nota”*. Afirma ainda viver como se a hipertensão não existisse; no entanto, sabe que tem de realizar controle periódico da pressão arterial e fazer uso correto da medicação.

Teve menarca aos 17 anos, entrou no período do climatério aos 54, sendo um período tranquilo, uma vez que não teve os sintomas desconfortáveis comuns a muitas mulheres nesse período. Preocupa-se com sua saúde e realiza consulta médica periodicamente; faz exames conforme recomendação médica e os últimos resultados são satisfatórios; na certa de vacinação está faltando a vacina contra febre amarela.

Como tem casos de câncer de mama em sua família, tem grande receio de ter o mesmo problema. É bastante atenta em relação à realização do exame preventivo de câncer de colo de útero e de mama, o qual realiza anualmente; frequentemente também faz o autoexame de mamas. No último citopatológico de colo de útero apresentou uma pequena inflamação, que foi tratada com sucesso.

Usa ponte e prótese dentária, sendo que faz três anos que fez a última revisão, e no momento não sente nenhuma alteração na dentição ou dificuldades em relação à mastigação.

Rosa gosta de caminhar no complexo esportivo que existe próximo à sua casa. Caminha frequentemente na companhia de amigas. Também realiza exercícios físicos em casa ouvindo música (na esteira) nos dias em que não realiza atividades externas. Participa ativamente de jogos adaptados para a terceira idade no ginásio do bairro, os quais são orientados por professor de Educação Física.

Ela lê diariamente ao se deitar, aprecia muito a leitura, para a qual necessita de óculos há aproximadamente seis anos. Rosa acredita que precisa fazer avaliação oftalmológica devido a dificuldades percebidas. O marido também tem o mesmo hábito de ler ao deitar-se.

Muitas vezes também já apresentou obstrução de canal auditivo, e busca um farmacêutico que resolve através de lavagens. Há aproximadamente três anos teve artrose num joelho, que inflamou, necessitando de tratamento e fisioterapia. Melhorou, no entanto algumas vezes ainda sente fsgadas no joelho. Durante um período realizou massagem corporal. Nunca sentiu necessidade de terapia psicológica.

Cultiva algumas ervas medicinais em casa. Determinadas vezes usa chás, como de laranja, de folha de bergamota, e toma junto com aspirina para a gripe. Usa chá de guaco para tosse. Também apresenta desconforto digestivo em algumas ocasiões, por vezes usa chás como

camomila e erva-doce, e outras vezes usa ‘Oliná’ e ‘Eno’ para aliviar. Esporadicamente, quando tem dificuldades para dormir, toma 10 gotas de melissa diluídas em água.

Apresenta eliminações normais, porém algumas vezes têm constipação, apontando como possível causa o consumo de queijo. Há aproximadamente três anos não tem relações sexuais porque o marido não tem ereção, por provável consequência do consumo prolongado de bebida alcoólica, fumo e do trabalho com produtos químicos. Não se incomoda com isso, argumentando que a relação do casal é boa, mesmo sem relações sexuais.

Seu marido tem a mesma idade que ela, também é hipertenso e realiza os mesmos cuidados. Ele é aposentado, e com seus rendimentos provê a manutenção financeira dos dois. Ele tem problemas de desgaste ósseo na coluna, sente dores e faz tratamento. Gosta de realizar atividades na chácara da filha no interior. Desloca-se diariamente para lá, com carro próprio. Em virtude disso, o casal tem fácil acesso a frutas e verduras, que lá são cultivadas.

Apesar de quase nunca adoecer, Rosa acredita que caso adoecesse teria apoio e cuidado da família. Ela acredita que a única dificuldade que poderia existir é se seu marido faltasse, pois ele é muito atencioso e preocupado. Atualmente tem boa relação com o marido, afirma que ele é inteligente, cuidadoso, afetivo, trabalhador e preocupado com ela. A relação com os demais membros da família também é estável.

Em relação ao seu estado atual de saúde, Rosa afirma estar bem, pois não tem nada que a prejudique, faz controle da pressão arterial, busca cuidar-se, não tendo do que se queixar. Tem a expectativa de continuar assim e o que mais deseja é ficar velha tendo saúde.

Na atualidade, sua preocupação é com sua mãe, que está com 85 anos e reside em Concórdia, pois ela está idosa e faz uso de diversas medicações.

5.1.1 Plano de autocuidado de Rosa

Durante as entrevistas e observações foram apreendidas as potencialidades ou competências para o autocuidado e os déficits de competência para o autocuidado que Rosa apresentava. Segundo Orem (1995), o termo competência para o autocuidado é empregado para referir-se ao potencial ou poder da pessoa para se engajar em ações de autocuidado.

Antes do apontamento dos déficits de competência de autocuidado de Rosa, foram relacionados os itens de autocuidado que ela já realizava (coluna I, do quadro 1). Esses itens foram caracterizados como potencialidades de autocuidado para serem apontados, com o objetivo de que Rosa conhecesse e reconhecesse ações que já realizava. Acredita-se que o fortalecimento do saber e do fazer tem repercussão no estímulo para novas conquistas, e a legitimação desses cuidados leva ao empoderamento de Rosa. As ações de autocuidado também podem ser qualificadas como ações de promoção da saúde.

Após elencar esse rol de competências, foram discutidos os déficits de autocuidado evidenciados nas entrevistas, com a proposta de refletir e dialogar sobre as melhores possibilidades de resolução (coluna II, do quadro 1). De acordo com Orem, os déficits estão relacionados a três categorias denominadas requisitos de autocuidado, que são: *Universal, Desenvolvimento e Desvios de saúde*.

De acordo com a teoria de Orem, o sistema mais adequado a tais situações é o de apoio-educação, já que Rosa apresentou capacidade de discussão e execução das ações, e potencialidade de aprendizagem muito boa. Na terceira coluna do quadro 1 são descritos os itens discutidos e acordados no plano de autocuidado de Rosa.

I - Ações caracterizadas como competências para o autocuidado	II - Requisitos de Autocuidado	III - Itens acordados no plano de autocuidado
<ul style="list-style-type: none"> - A disposição e bem-estar com a vida. - A interação social adequada: frequente/realiza atividades no clube de mães e na Cidade do Idoso (atividades de artesanato, físicas e jogos), lazer com amigas, relações familiares parecem estáveis, bom relacionamento com marido e filhos. - O gosto pela leitura e pela música. - As idas à chácara – ambiente diferente revigora energias, realiza 	<ul style="list-style-type: none"> A - Requisitos de autocuidado Universal: <ul style="list-style-type: none"> - Readequação de alguns itens da rotina alimentar. - Processo alterado de eliminações intestinais (relacionado à constipação). - Exposição a perigo como uso da escada para ir ao local do varal. B - Requisitos de Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> - Não foram evidenciados itens neste requisito. C - Requisitos de Desvios de saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Problema de desconforto digestivo 	<ul style="list-style-type: none"> - Para problemas de digestão, tentar uso de chá, evitando uso de medicamentos. - Em relação à constipação, evitar queijo, e ficar atenta quando comer, caso coma procurar comer outro alimento que tenha efeito contrário, como, por exemplo, mamão ou iogurte. - Tentar introduzir o hábito do lanche (comer uma fruta no lanche da manhã e outra no lanche da tarde). - Buscar diminuir consumo do sal, evitar colocar galheteiro na mesa.

<p>algumas atividades, tempo com o marido.</p> <ul style="list-style-type: none"> - As atividades físicas: em casa nos serviços domésticos, na Cidade do Idoso, as caminhadas, a esteira, participação em competições. - Os cuidados pessoais (que tem consigo como higiene, unhas, cabelos, etc.), esses cuidados favorecem a autoestima. - O controle da pressão arterial regularmente, o fato de tomar medicação de forma adequada. - Não faz uso abusivo de chás e outras medicações. - Realiza exames periodicamente, como o preventivo de câncer de mama e colo do útero (previsto para maio de 2010). - Preocupa-se com situações que poderiam causar incidentes ou acidentes. - Tem alguns hábitos alimentares adequados (como consumir arroz e feijão, saladas, legumes e verduras, consumo de doces é moderado, uso de azeite de oliva), café da manhã é adequado; no jantar mantém comida leve; toma leite ou suco ao deitar-se. 	<p>esporádico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de completar cartão de vacinas. - Planejamento para revisão odontológica, oftalmológica e otológica. - Planejamento de exame de mamografia. - Realizar efetivamente medida preventiva relacionada ao autoexame de mamas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar aumentar consumo de carnes brancas, evitando o preparo de forma frita. - Tentar substituir temperos industrializados por temperos naturais. - Substituir consumo de suco artificial por suco natural ou água. - Manter o peso. - Realizar vacina da febre amarela. - Programar marcação da mamografia. - Realizar autoexame de mamas, no período mensal combinado. - Planejar revisão odontológica. - Planejar revisão oftalmológica. - Quando tiver problema otológico, procurar serviço médico. - Evitar uso de aspirina. - Evitar usar varal em que tenha de subir as escadas.
--	--	---

Quadro 1: Síntese do plano de autocuidado de Rosa

Avaliação

Todas as avaliações foram realizadas no quarto e quinto encontros, com uma diferença de 30 dias. Como instrumento de apoio educativo foram utilizados a pirâmide alimentar (Anexo D), texto com dicas para uma boa alimentação na terceira idade (Anexo E) e texto sobre hipertensão e diabetes (Anexo F), sendo deixada uma cópia para todas as idosas no terceiro encontro.

No decorrer das discussões para a construção do Plano de Autocuidado, Rosa demonstrou-se visivelmente satisfeita quando lhe foram apontados os cuidados que ela já realizava, no sentido de fortalecimento desses comportamentos. Demonstrou tranquilidade, interesse, aceitação de apontamentos e vontade de melhorar aspectos de sua saúde, evidenciada pelo comentário:

Gosto quando falam e orientam a gente, tem coisas que a gente até sabe, mas não faz. Está tão acostumada com algumas coisas que quando vê já está fazendo, já está comendo errado... Você tem razão, se a gente se cuida mais, também vive mais. Eu ainda quero viver muito!

Também foi perceptível como fator positivo o desejo de colaboração no sentido de pensar formas de execução das ações propostas. Esse fator incorre no fato de que as ações de autocuidado deixam de ser meramente prescritivas, pois, neste processo, permite-se o papel ativo do outro, mantendo seu grau de autonomia amplo.

Referente ao alcance das ações previstas no plano de autocuidado pode-se afirmar que Rosa atingiu a totalidade das ações previstas, sendo fundamental ressaltar o seu empenho no engajamento para a realização do plano. A cada encontro revelava satisfação ao relatar suas novas conquistas evidenciada na fala:

Eu estou bem feliz comigo mesma. É bom a gente saber que tem muita coisa que já faz certo, e tem outras que só precisa de um empurrãozinho, nada é difícil se a gente tem vontade. Nesse ponto você tem me ajudado muito, porque como já te falei, eu quero manter a minha saúde.

É importante salientar que Rosa afirmou que desde que iniciou a mudança de hábitos alimentares não apresentou episódios de desconforto gástrico, e a ocorrência de constipação ficou muito mais

esporádica.

Percebe-se que a partir das mudanças incorporadas por Rosa nos cuidados à sua saúde há reflexos também nos comportamentos familiares, como, por exemplo, as mudanças nas rotinas alimentares.

5.2 O CASO DE VIOLETA

Violeta é uma mulher de estatura média, magra, tez clara, olhos de uma tonalidade azulada, cabelos semilongos pintados de castanho e mantidos alinhados. Ela tem modos simples e demonstra disposição para conversar e interagir, tem fala mansa e tranquila. Tem 67 anos, é casada, tem 4 filhos e 4 netas.

Violeta nasceu no interior de Getúlio Vargas (RS), tem origem humilde e é a segunda de 5 filhos. Aos 6 anos sua família mudou-se para Curitiba, período em que seu pai trabalhava numa distribuidora de combustíveis; tinha um salário razoável, no entanto a bebida consumia mais recursos que a própria família e sua mãe tentava garantir a manutenção da família. Quando a situação econômica ficou pior, decidiram mudar-se para o interior de Santa Catarina, onde seu pai passou a trabalhar numa serraria; contudo, persistia no hábito de beber.

Durante sua infância, como não tinham brinquedos, Violeta e suas irmãs inventavam bonecas de sabugo de milho, bola de meia e cinco marias, que a própria mãe confeccionava. Ela também auxiliava a mãe, que costurava para prover o sustento das crianças.

Quando adoeciam, Violeta e os irmãos eram cuidados pela mãe, que utilizava chás para beber, outras vezes as ervas eram usadas em feridas ou banhos. Conta: *“O que não tinha na horta, tinha guardado nas latinhas, como macela. Quando a gente se cortava ou se arranhava, ela sempre cuidava, lavava bem com chás, usava paninhos brancos, bem limpos e passados, e a gente melhorava”*. Nessa época, até o ‘Melhoral’ era artigo de luxo. Lembra que teve catapora na infância no mesmo período que os irmãos, sendo que a mãe cuidou deles com produtos naturais. Não se lembra de ter ido ao médico antes do nascimento de sua filha.

Para estudar, aos 12 anos, Violeta teve de ir morar na casa de uma tia, e ajudava nas atividades domésticas para ter onde morar, o que comer e poder estudar. Não gostava muito, mas era o jeito para poder estudar.

Estudou até a 4ª série, e quando tinha 17 anos voltou para a casa

dos pais. Então conheceu Aurélio, um jovem de 22 anos que morava em sua casa, pois a mãe o aceitara como pensionista para aumentar a renda da família. Dessa forma, iniciaram o namoro. Em 1960, quando Violeta tinha 19 anos, casaram-se e nos primeiros 2 anos moraram com a mãe dela; depois disso, o marido procurou outro emprego e mudaram-se para Chapecó.

Quando casou não conhecia e não usava nenhum tipo de prevenção anticoncepcional e, assim, um ano depois nasceu a primeira filha. Só foi ao hospital porque a parteira não foi encontrada. Pondera que *“ainda bem, senão acho que tinha morrido talvez eu e a criança”*. Essa experiência do parto foi bastante difícil, pois o trabalho de parto foi longo, doloroso e apresentou retenção de placenta, hemorragia e choque no pós-parto. Violeta demorou vários dias para recuperar-se. Nesse período quem cuidou dela e da filha foram sua mãe e suas irmãs.

Um ano e meio depois teve o segundo filho, a situação ocorrida no parto anterior a deixou receosa, porém foi tudo bem. Após, passou a usar anticoncepcional oral. Algum tempo depois, o marido teve parotidite com complicações e Violeta acreditou que não havia mais risco de engravidar, assim parou de tomar o anovulatório. Passaram-se cinco anos desde a doença do marido e, sem planejar, engravidou novamente. Nasceu de parto normal o terceiro filho. Após alguns meses do parto, novamente estava grávida. Durante a gravidez, teve pneumonia e precisou ficar internada, recuperando-se rapidamente. O parto da quarta filha foi muito tranquilo, chegou ao hospital e em seguida a menina nasceu. Depois disso, Violeta e o marido decidiram que não queriam outros filhos, optando pela laqueadura como método contraceptivo.

Violeta nunca teve atividade remunerada, sempre dedicou seu tempo para cuidar da casa, dos filhos e do marido, que ininterruptamente provisionou a manutenção da casa. Atualmente é da aposentadoria do marido que provém a manutenção dos dois.

Eles moram em casa própria mista, sendo a maior parte de madeira, de tamanho médio, pintada nas cores laranja e marrom. O terreno é um pouco acidentado, a casa é acessada por uma escada de dois lances, com lajotas que podem tornar-se lisas quando molhadas. Atrás da casa, há um pequeno pomar com alguns tipos de frutas. Na frente existe um pequeno jardim, contendo diversos tipos de flores e plantas decorativas. Na entrada há uma pequena varanda pintada de branco, sendo que nesta há vários tipos de flores e plantas em latas e vasos. Na lateral da casa ficam a horta e o varal. Os móveis são simples, porém tudo bastante organizado e limpo. Não há tapetes na sala e

cozinha.

Violeta não tem horário definido para levantar-se pela manhã, o relógio desperta às 6h30, no entanto, às vezes permanece na cama por mais tempo. No período da manhã realiza atividades domésticas, como limpar a casa, lavar roupa, fazer almoço. Não tem por hábito repousar durante o dia. Além disso, cuida da horta, onde planta verduras e temperos.

No almoço ela costuma fazer arroz, feijão, saladas, massa, mandioca, algum tipo de refogado, como chuchu, brócolis, batata na manteiga, abobrinha, refogado com milho, cenoura, couve e outros. Tem preferência por carne de gado, as demais carnes não são tão frequentemente consumidas. Usa banha no preparo dos alimentos e gosta de fazer frituras em alguns dias da semana. Prefere temperos naturais, muitos dos quais são cultivados em sua horta.

Em vários dias da semana almoça sozinha, pois o marido prepara o próprio almoço no sítio. Não consome bebidas alcoólicas, e o consumo de sobremesa é esporádico. Não tem hábito de fazer lanche pela manhã, à tarde faz lanche quando se encontra com as amigas. Tem frutas em casa; entretanto, chegam a estragar por falta de consumo. À noite faz uma refeição leve, arruma a cozinha e depois assiste a vários programas de TV; costuma ir dormir tarde. Faz um chá, toma banho, deita-se e faz suas orações. Fica feliz quando suas netas vêm visitá-la e dormem na sua casa. Também gosta de passear com as meninas e para agradá-las prepara as comidas que as netas gostam.

Nas terças e quintas à tarde Violeta frequenta atividade do coral na Cidade do Idoso, da qual gosta porque canta na igreja. Também gosta de outras atividades que acontecem na Cidade do Idoso, como festas e reuniões. Ela é bastante religiosa, além de frequentar missas e encontros religiosos, é catequista de crianças, participa de grupo de liturgia e da Congregação Mariana. Violeta sempre professou sua fé, porém conseguiu participar mais ativamente das práticas religiosas depois que os filhos cresceram.

O marido tem um sítio distante aproximadamente 16 km de sua casa, e fica mais lá do que em casa; Violeta afirma que o marido gostaria que morassem lá, porém ela não tem interesse, pois gosta das atividades e da autonomia que tem morando na cidade. Violeta vai esporadicamente ao sítio com o objetivo de manter o local limpo ou nos finais de semana, quando reúne-se a família.

Violeta aprecia muito sair, passear e especialmente conversar. Costuma usar transporte coletivo quando é mais distante, como, por exemplo, a Cidade do Idoso. Quando se trata de ir a locais mais

próximos, como o centro da cidade, prefere ir caminhando.

Ela tem um grupo grande de amigas, que se reúnem muitas vezes para conversar, realizar atividades da igreja, tomar chimarrão e festejar aniversários. Violeta ainda auxilia nos cuidados a um sobrinho doente em alguns momentos. Sua irmã procura realizar caminhadas diárias e uma ou duas vezes na semana Violeta a acompanha. Essas caminhadas são realizadas em volta do estádio de futebol.

No sábado pela manhã vai à feira e ao mercado. À tarde dá aulas de catequese na comunidade e à noite vai à igreja para participar da missa ou culto. Repetidas vezes, no sábado e no domingo, seus filhos a visitam, vêm com suas famílias e passam o final de semana.

Quando não tem visita dos filhos, Violeta fica com o marido ou saem para almoçar nas comunidades do interior da cidade. Também participam de atividades programadas pela associação da empresa em que o marido trabalhava, que consistem em reuniões festivas e palestras.

Quando ela entrou no período de climatério, logo após os 50 anos, teve sintomas como calorões, o que a deixava desconfortável; procurou o médico, que indicou a utilização de hormônios. Usou por um tempo, tentou ficar sem, porém sem sucesso. Ao voltarem os sintomas, novamente fez consulta médica há aproximadamente dois anos e reiniciou o uso de hormônios, o qual continua até o momento. Tem receio de parar e retornarem os sintomas anteriores. Na ocasião da consulta realizou o exame preventivo de câncer de colo de útero, foi orientada a fazer o exame anualmente, porém não retornou novamente ao médico. Seu médico também sugeriu realização de mamografia, porém Violeta não achou importante.

Ela usa prótese dentária total desde os 26 anos, que foi trocada há cinco anos e no momento não lhe causa incômodo. Também usa óculos desde os 45 anos, quando sentia muita cefaleia por problemas de visão. Há dois anos realizou revisão e trocou as lentes.

Violeta não gosta de realizar consulta médica, procura serviços de saúde somente quando necessário, mesmo tendo plano de saúde privado. Raramente faz controle da pressão arterial, realiza vacinas conforme indicado, e seu cartão de vacinas está completo. Não tem problemas de eliminações, exceto constipação esporádica. Quando isso acontece, busca ingerir alimentos que auxiliem, aumenta a quantidade de líquidos e caminha mais.

Com o decorrer do tempo, Violeta conta que as relações sexuais foram diminuindo, chegando a praticamente inexistirem no período atual. Acredita que isso se deve ao envelhecimento do corpo e pelo problema de próstata que o marido tem. Afirma que isso não a

incomoda, que a relação de afeto é mais importante que o ato sexual.

No ano passado Violeta passou por um período de pesar, por ocasião do falecimento de sua mãe. Além da relação afetiva, a mãe era uma grande companheira, ia vários dias da semana em sua casa, também era companheira de passeios e atividades de lazer e religiosas. Esse fato deixou Violeta bastante triste e abatida. Atualmente dá atenção maior à sua sogra, que tem 86 anos, sofre de problemas cardíacos e se interna no hospital repetidamente.

Há poucos meses seu marido sentiu-se mal, procurou ajuda médica e teve diagnóstico de hipertensão arterial. Toma medicação; no entanto, está com dificuldades para seguir as orientações médicas, especialmente no que diz respeito à dieta. Violeta tem consciência dos cuidados de que o marido necessita e tenta readequar o padrão alimentar para auxiliá-lo. Já percebe mudanças na sua rotina alimentar, bem como nos produtos que passou a comprar, substituir ou incluir nas compras do mercado. Nesse sentido, afirma: *“Não me incomodo de mudar algumas coisas a respeito da alimentação, até acho bom, porque se faz bem para ele vai fazer bem para mim”*.

Caso adoecesse, Violeta acredita que sua família cuidaria dela e daria apoio. Aponta também o apoio da irmã e das amigas como possibilidade de suporte. Diz que as facilidades na busca por atendimento à saúde são o fato de ter plano privado, a possibilidade de utilizar o SUS, pois há posto de saúde perto, o transporte, proximidade e facilidades de comunicação. Como dificuldade aponta a demora do sistema de saúde na realização de exames mais complexos.

Violeta entende promoção de saúde como “as coisas que a gente deve fazer para evitar ficar doente, tudo o que é preventivo, como as vacinas, esses exames preventivos que tem, não fumar, não beber, se cuidar no que come...”

Atualmente sua maior preocupação é com o estado de saúde do marido e com a resistência dele em acatar as orientações dos profissionais de saúde. Também se preocupa com o filho mais velho, que tem tendência a beber demais, e ainda com a irmã que tem o filho com sequelas de um traumatismo crânioencefálico para cuidar.

Em relação ao seu estado de saúde, Violeta acredita que está bem, que tem autonomia e diz que *“se fosse comparar com outras pessoas da minha idade acho que minha saúde está muito bem”*.

Violeta tem como expectativa de vida ter muita saúde por muitos anos. Quer ver as netas se formarem, quer conhecer seus bisnetos. Deseja ainda que o marido melhore seu estado de saúde. Quer continuar as atividades na igreja.

5.2.1 Plano de autocuidado de Violeta

Assim como foi realizado com Rosa, também foram apontados para Violeta os itens de autocuidado que ela já realizava, os déficits de autocuidado evidenciados nas entrevistas com a proposta de discutir as melhores possibilidades de resolução, e os itens acordados no plano de autocuidado, conforme quadro 2.

I - Ações caracterizadas como competências para o autocuidado	II - Requisitos de Autocuidado	III - Itens acordados no plano de autocuidado
<ul style="list-style-type: none"> - A participação em atividades religiosas, grupo litúrgico, catequese e a questão da fé. - O gosto pela leitura. - Poder contar com suporte da família (irmã, marido e filhos) e das amigas “da igreja”. - Atividades na Cidade do Idoso. - A manutenção de boas relações com a família. - O lazer com amigas. - Gostar de sair. - As atividades físicas (caminhadas), atividades domésticas e atividades no cuidado da horta. - Os cuidados pessoais (questão da autoestima). - Alguns bons hábitos alimentares (como o café da manhã adequado, o consumo diário de arroz, feijão, salada, poucas frituras, o fato de mesmo quando está sozinha preparar seu almoço, usar tempero natural, comer pouco doce, jantar alimentos leves, tomar chá antes de dormir). 	<ul style="list-style-type: none"> A - Requisitos de autocuidado Universal: <ul style="list-style-type: none"> - Readequação de alguns itens da rotina alimentar. - Preocupação com situação de saúde do marido interfere em sua tranquilidade e bem-estar. - Exercícios físicos diminuídos. - Exposição a perigo como o acesso ao varal e escada. B - Requisitos de Desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> - Não foram evidenciados itens neste requisito. C - Requisitos de Desvios de saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Uso de medicação hormonal há longa data. - Planejamento de consulta médica. - Realizar efetivamente medida preventiva relacionada ao autoexame de mamas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tentar introduzir o hábito do lanche (comer uma fruta no lanche da manhã e outra no lanche da tarde). - Procurar aumentar consumo de carnes brancas, evitando o preparo de forma frita. - Diminuir ingestão de gorduras e produtos industrializados, como embutidos. - Programar consulta médica. - Realizar autoexame de mamas, no período mensal combinado. - Aumentar a frequência de atividades físicas (caminhadas). - Realizar verificação periódica da pressão arterial. - Manter atenção quando usar escada e quando usar varal, até que o mesmo seja consertado. - Buscar auxílio para o marido junto ao grupo de hipertensos e diabéticos.

<ul style="list-style-type: none"> - Reconhece o risco e evita o uso de tapetes. - Uso correto de protetor solar no rosto e corpo. 		
--	--	--

Quadro 2: Síntese do plano de autocuidado de Violeta.

Avaliação

Um ponto bastante rico no plano de autocuidado de Violeta é a rede de apoio expandida, do qual fazem parte vizinhas e “amigas da igreja”, que se transformam em aliadas do cuidado; percebe-se que há trocas de conhecimentos que acontecem no grupo. Há prazer na aquisição e também em dividir esse conhecimento, explícito quando afirma:

Li o que você me deixou, achei bem bom. Quanta coisa que a gente não sabe. Sabe que levei para minhas amigas o papel que você me deu, umas querem que eu empreste para fazerem cópia.

Percebe-se que o uso de materiais ilustrativos reforça o conhecimento, no sentido de servir de apoio material ao que é dito e estar disponível para consulta quando for necessário. Como exemplo cita-se que Violeta utilizou para auxílio na mudança de rotina alimentar a fixação da pirâmide alimentar na porta da geladeira.

Violeta é empenhada no cuidado de si e da família, especialmente do marido, entende que se este estiver bem, conseqüentemente vai fazer bem para si, em função da diminuição de preocupações. Reconhece que todo tipo de conhecimento é importante, pois mesmo não sendo hipertensa se propõe a incentivar e acompanhar o marido nas reuniões do grupo de hipertensos. Ressalta-se que ela destaca em sua fala a solidariedade, a qual foi aprendida com sua mãe, e que se materializa em várias de suas ações, como: participação de atividades de apoio social promovidas pela igreja, auxílio no cuidado de um sobrinho, apoio no cuidado da sogra e apoio e incentivo nos cuidados de que o marido necessita, assim como o desejo de compartilhar os conhecimentos novos com amigas.

É atenta, gosta de aprender, o que fica demonstrado quando reproduz aprendizados em situações anteriores e quando diz:

Eu estou levando a sério o que você me falou.

Na avaliação fica expresso o empenho de Violeta na consecução das propostas. Iniciou aumento progressivo das caminhadas, passou a realizar o controle periódico da pressão arterial e o autoexame de mamas. Mesmo apresentando resistência na procura do auxílio médico, Violeta superou essa dificuldade e no último encontro informou que havia marcado avaliação médica.

Persiste no empenho em auxiliar o marido indo junto às reuniões do grupo de hipertensos de seu bairro.

Em relação ao aumento no consumo de carnes brancas apresenta dificuldades em virtude da fonte de carne vermelha ser proveniente de animais abatidos na chácara do marido; já as demais orientações sobre mudanças nos hábitos alimentares Violeta afirma o empenho e o sucesso progressivo nas mudanças.

Sobre os fatores de risco ambiental, como as escadas e o local do varal, Violeta e o marido reconhecem os riscos e já resolveram a situação do varal e pensam em soluções para resolver o problema da escada escorregadia.

Ao final dos encontros apresentou melhora nas competências para o autocuidado, reconhecendo sua corresponsabilidade nos cuidados à saúde.

5.3 O CASO DE MARGARIDA

Margarida é uma senhora de 72 anos, viúva, tem 7 filhos e 16 netos. É uma mulher miúda, magra, com expressão séria. O rosto é marcado por rugas, tez morena, cabelos longos numa coloração castanha artificial.

Ela é de origem bastante humilde e nasceu no interior de Catanduvas (SC). Seus pais eram agregados e viviam de parte do que produziam na terra de outra pessoa. A principal atividade dos pais era o trabalho na lavoura. De família numerosa, é a nona filha de um total de 11 filhos. Conta que naquele tempo a vida era difícil, para ir à aula era necessário andar aproximadamente 10 km. Margarida e alguns irmãos faziam esse trajeto a cavalo. Foi à escola somente até a quarta série. Tinham dificuldades para ter o material escolar como lápis e cadernos e como seus pais não tinham estudado não davam o incentivo necessário. Tinha dificuldades e foi reprovada por duas vezes. Quando completou a 4ª série decidiu que não iria mais à escola, não tendo nenhuma objeção por parte dos pais.

Nessa época a roupa também era escassa, e ia passando de um irmão para outro. Lembra que no inverno *“era frio e às vezes a gente não tinha sapato... ou o casaco era pequeno”*. Sua infância foi tranquila, ia à aula no período da manhã e à tarde brincava com irmãos e auxiliava os pais. Como era mais nova não trabalhava muitas vezes na lavoura, atividade essa que ficava a cargo dos mais velhos. As principais brincadeiras consistiam em tomar banho na sanga, subir em árvores e cuidar dos animais. A principal atividade que realizava era o auxílio à mãe no cuidado da horta e lavar roupas. Dormiam cedo, pois não havia energia elétrica, sendo todos os irmãos no mesmo quarto.

A mãe de Margarida cuidava dela e dos irmãos com chás, simpatias e benzimentos, sendo que na redondeza sempre tinha alguma mulher que fazia diversos tipos de benzimento; a avó paterna era uma dessas mulheres. Quando o adoecimento se tornava fora do alcance desses cuidados, o dono da terra era comunicado e levava o doente até a cidade de Joaçaba, que era o local mais próximo onde havia serviços médicos.

Margarida lembra-se com riqueza de detalhes de muitas ervas e formas de preparação que eram utilizadas quando era criança e adolescente, as quais eram usadas pela família no cuidado à saúde. Afirma ter passado esses conhecimentos para as filhas, e que algumas utilizam esses cuidados até a atualidade. Ela cultivava várias ervas em sua horta, dentre elas: o alecrim, funcho, losna, poejo, hortelã, manjerona e arruda.

Na adolescência, Margarida conheceu José, que era filho de agregados em terra vizinha. Ele trabalhava em Chapecó e algumas vezes visitava a família. Durante essas visitas conversavam e iniciaram o namoro. Quando tinha ela 18 anos José a convidou para morarem juntos. Margarida comunicou a família e mesmo após as argumentações dos pais de que era necessário formalizar a relação do casal, decidiu ir embora com José. Foram morar em Chapecó, numa pequena casa que a madeireira emprestava para os funcionários casados.

Após o nascimento do primeiro filho, que ocorreu quando tinha 20 anos, Margarida e o marido decidiram oficializar a relação através do casamento. Todos os filhos nasceram por parto normal domiciliar, exceto a mais nova, que nasceu no hospital. O primeiro, do sexo masculino, nasceu após mais de 24 horas de trabalho de parto com dor, e Margarida diz: *“Achei que ia morrer, mas quando ele nasceu parece que esqueci toda a dor, e assim foi com todos os outros... Parece que a alegria de ver a criança faz a gente esquecer a dor do parto”*. Seu marido queria mais filhos homens, o que não aconteceu, uma vez que

nasceram mais quatro meninas. Entre a quarta e a quinta filha teve dois abortos. Utilizavam como método contraceptivo o coito interrompido, que obviamente nem sempre funcionava, porque não tinham conhecimento de outros métodos.

Margarida amamentou todos os filhos pelo período mínimo de um ano, e mais de uma vez engravidou novamente ainda em período de lactação. Como não tinha assistência médica, percebia que estava grávida pelo sinal do aumento das mamas, uma vez que não tinha menstruações em ciclos regulares. Acredita que caso seu marido não tivesse falecido teria outros filhos.

José faleceu em decorrência de cirrose hepática. Ele começou a beber algum tempo após o casamento, inicialmente apenas nos finais de semana. Com o passar do tempo, ele passou a beber diariamente, sendo que vinha do trabalho trazendo a cachaça junto, bebia e ia dormir. No início não era agressivo, porém com o passar do tempo tornou-se hostil, tanto com as crianças, que tinham muito medo dele, como com Margarida, que chegou a ser agredida fisicamente pelo marido. Chegou a ameaçar por diversas vezes Margarida e as crianças com uma espingarda, afirmando que ia matá-las.

Apesar disso, nesse período adquiriram um terreno, bastante grande, num bairro pouco povoado e distante do centro, construíram uma casa tipo meia-água, que inicialmente foi alugada, sendo que quando a empresa proprietária da casa de que faziam uso necessitou da mesma, foram morar na meia-água, que precisou ser ampliada para que os filhos tivessem dois quartos, um para as meninas e outro para os meninos.

Quando a filha mais nova tinha uns 2 anos, José adoeceu, emagreceu bastante. Era comum ficar afastado do trabalho. Depois de várias avaliações médicas, teve diagnóstico de cirrose e apesar disso continuava a beber, o que favoreceu sua piora. Ele faleceu aos 45 anos de idade. Essa foi uma fase difícil para Margarida; no entanto, ela tomou as rédeas de sua vida.

A partir desse momento Margarida passou a criar os filhos sozinha. Incentivou-os a estudar. Orgulha-se porque todos foram à escola - uns mais, outros menos. Foi uma etapa difícil de sua vida. Durante esse período, precisou trabalhar para prover o sustento dos filhos, uma vez que a pensão que recebia não era suficiente, então passou a realizar atividades como diarista. Afirma: “Sempre me virei sozinha... Até gostaria que tivesse alguém para ajudar em algumas épocas, principalmente quando as crianças eram bem pequenas. Mas a gente foi sempre se ajeitando”. Quando saía para trabalhar, os filhos

mais velhos ficavam com a responsabilidade de assistir os mais novos.

Os filhos homens foram os primeiros a encontrar emprego e a seguir suas vidas. Atualmente moram no estado do Paraná. As filhas também estudaram, arrumaram emprego e casaram-se. Atualmente uma mora no Paraná e as demais em Chapecó, sendo que a mais nova mora numa casa no mesmo terreno.

Depois do falecimento do marido, nunca mais teve companheiro ou namorado, mesmo os filhos apontando que não se importavam caso viesse a ter um novo companheiro. Atualmente Margarida mora numa casa pequena de alvenaria, cuja pintura é branca já desbotando, com sala e cozinha conjugadas, pouca iluminação, móveis antigos, alguns necessitando de cuidados. Há vários tapetes de crochê, em frente à geladeira, ao fogão, à pia e no corredor. Possui uma pequena varanda onde há um banco grande de madeira e onde está instalado um tanque de lavar roupas.

O terreno é plano e parece ser bastante grande, não é cercado. Na frente e na lateral direita existe um gramado com algumas árvores. Atrás de sua casa, a aproximadamente 50 m, fica a casa de sua filha, que também é de alvenaria, com tijolos à vista. Atrás da casa da filha existe um prolongamento do terreno no qual Margarida planta. Entre uma casa e outra há a horta, onde existem diversas ervas medicinais, verduras e legumes.

Junto com Margarida mora Lia, uma neta de 19 anos com deficiência física, que apresenta dificuldade para caminhar e déficit cognitivo, decorrentes de problemas no parto. A mãe de Lia era solteira e deixou a menina com a avó desde o nascimento, posteriormente casou, tem outros dois filhos e mora numa cidade do Paraná. Lia frequenta a APAE, pois não consegue acompanhar a metodologia de uma escola normal. Há quatro anos recebe benefício de um salário mínimo em decorrência da deficiência. A adolescente vai à APAE de lotação no período da manhã, tem grande desejo de trabalhar; todavia, Margarida é receosa de deixar a neta trabalhar. Ela pensa que pessoas mal-intencionadas possam maltratar a adolescente, mesmo sabendo que há programas na cidade que preparam e inserem pessoas deficientes no mercado de trabalho.

Margarida levanta cedo diariamente, em torno das 6 h, não necessita de despertador, faz o chimarrão e o café. Mais tarde sua filha Denise passa na sua casa e toma chimarrão e alguns dias o café antes de ir trabalhar. No desjejum, Margarida gosta do café com pouco leite e bastante açúcar, pois aprecia o sabor do café, come pão com embutidos, como mortadela, também gosta de queijo, torresmo, nata ou doce.

No restante da manhã fica em casa, alguns dias vai à horta, arruma a casa e faz o almoço. Não faz nenhum tipo de lanche nesse período. Para o almoço costuma preparar feijão, arroz, um tipo de carne, mandioca, polenta, batatas fritas, ovos fritos, massa e salada de alface, às vezes algum tipo de verduras e legumes. Tem verduras e legumes plantados em sua horta; entretanto, são suas filhas que consomem e levam para casa quando vêm visitá-la. As carnes mais frequentes são de gado e frango. Só consome peixe no período da quaresma. Prepara os alimentos com banha. Gosta muito de frituras, as quais prepara várias vezes na semana. Almoçam em sua casa a filha Denise e o neto Mateus, além da neta. Após o almoço Margarida faz um breve repouso. Durante o almoço gostam de tomar suco artificial.

No jantar Margarida gosta de comida requentada que sobra do almoço ou toma café e come pão. Agora que está mais velha, já não come tanta comida requentada à noite, antigamente gostava mais e comia quase todas as noites. Come frutas esporadicamente, apesar de tê-las sempre em casa. À tarde costuma comer rapaduras de amendoim que ela mesma faz, pipoca, bolo simples e bolachas junto com o chimarrão, sendo este a maior fonte de água que consome durante o dia.

Nas quartas-feiras, por insistência de sua filha, vai à Cidade do Idoso andando para participar da atividade de coral; nas demais tardes fica em casa, na maioria delas com sua filha e a neta, tomam chimarrão, e nesses períodos faz tapetes de crochê por encomenda. Não participa de outras atividades que são disponibilizadas na Cidade do Idoso, nem das reuniões e comemorações. Esporadicamente sai de casa, e quando o faz é com a filha, para ir à casa das outras filhas. Também algumas vezes cuida de outros netos.

Nos finais de semana, Margarida fica em casa e recebe visita das filhas e genros, que muitas vezes vêm para almoçar e passam o dia na sua casa. Acha agradáveis as visitas e fica feliz com isso.

Margarida tem o hábito de dormir cedo. Janta, depois toma banho, assiste um pouco de TV, deita, faz suas orações e dorme. Esporadicamente tem dificuldades para dormir, pois deita e fica pensando nos filhos, na neta e sente saudades dos filhos que estão distantes e da mãe que faleceu, todavia não necessita de medicamentos para dormir.

Margarida é hipertensa há mais de 10 anos, faz uso de medicamentos. Não frequenta grupo de hipertensos, não faz controle da pressão arterial e quem busca a medicação na unidade de saúde é sua filha. Sabe que necessita de cuidados relativos à alimentação, que no seu caso estão restritos à tentativa de usar pouco sal. Já passou por avaliação

da enfermagem, gostou, recebeu orientações, foi convidada a retornar e participar do grupo, porém não regressou.

Quando do falecimento de sua mãe, que tinha 94 anos, Margarida passou por uma fase de pesar e muita tristeza. Nessa ocasião, há três anos, teve depressão, gastrite e também ocorreu alteração nos níveis pressóricos. Precisou de tratamento para depressão e gastrite por um ano. Após isso, melhorou.

Há muitos anos Margarida tem incontinência urinária, que está ficando mais frequente com o decorrer do tempo; esse problema lhe causa preocupação e em virtude disso não gosta de sair de casa muitas vezes. Tem desejo de sair, no entanto, também tem vergonha e receio, explicitado quando diz *“vontade de sair eu tenho... Eu até gostaria de sair mais. [...] Esse meu problema... me deixa meio aborrecida quando tenho que sair. Daí eu fico mais em casa”*.

Dessa forma, Margarida sai somente quando acredita ser muito necessário, por um período curto, que traga a menor possibilidade possível de ocorrer escape de urina. Fica apreensiva, pois tem *“medo de acontecer... tenho medo de que sintam cheiro... [...] Tenho medo de incomodar as pessoas, de vazar e passar na calça”*. Nunca conversou sobre isso com médicos, só quem sabe do problema é a filha que mora perto. O escape de urina ainda lhe causa dermatite perineal repetidas vezes.

Teve menarca aos 14 anos e entrou no climatério aos 50. Teve sintomas característicos como os calorões, chegou a usar medicamento por pouco tempo, e depois conformou-se com os sintomas, que com o passar do tempo foram melhorando espontaneamente. Além disso, faz muitos anos que não vai ao ginecologista, pois acredita não ser mais necessário e não realiza o preventivo de câncer de colo uterino.

Faz 20 anos que usa os mesmos óculos, também usa prótese dentária há muito tempo, a qual está lhe trazendo desconforto em virtude de estar gasta e frouxa. Margarida caracteriza sua saúde como sendo boa, sente que ainda tem disposição. Diz: *“Agora tenho uma vida mais tranquila, porque quando era mais nova sempre tinha muita preocupação [...] faltava muita coisa... a vida era sofrida... agora tenho uma vida mais tranquila, meus filhos estão encaminhados... tenho essa casinha... tenho o dinheirinho que dá para viver e, se preciso de outras coisas, minhas filhas estão sempre prontas para ajudar. Essa minha neta que mora aqui é mais que uma filha... eu sou feliz com essa minha vida”*.

Suas preocupações na atualidade são de que gostaria de ter saúde ainda por muito tempo. Preocupa-se também com uma filha, que

necessita de uma cirurgia de coluna. Quanto a expectativas para o futuro diz querer “*continuar assim como está, assim já está bom*”; espera que todos os membros de sua família tenham saúde, que não passem pelas dificuldades por que passou. Deseja que Deus lhe dê saúde para que possa viver ainda muitos anos, pois se considera uma pessoa com saúde: “*Se continuar assim eu já me sinto satisfeita*”. Sonha ainda que a neta um dia tenha um emprego, pois assim acredita que também vai ser feliz.

5.3.1 Plano de autocuidado de Margarida

Como nos casos descritos anteriormente, no primeiro momento do terceiro encontro foram apontadas as competências para autocuidado, constando os itens de autocuidado que a participante já realizava. Após essas considerações, foram apontados os déficits de autocuidado evidenciados nas entrevistas, com a proposta de discutir as melhores possibilidades de resolução, conforme Quadro 3.

I - Ações caracterizadas como competências para o autocuidado	II - Requisitos de Autocuidado	III - Itens acordados no plano de autocuidado
<ul style="list-style-type: none"> - Atividades domésticas e na horta. - Frequentar atividade na Cidade do Idoso. - Boas relações familiares. - Repouso depois do almoço. - Faz tricô e crochê. 	<p>A - Requisitos de autocuidado Universal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Readequação de alguns itens da rotina alimentar. - Exercícios físicos diminuídos. - Ampliar atividades de lazer. - Aumentar interações sociais ampliadas. - Exposição a perigo como o uso de tapetes. <p>B - Requisitos de Desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preocupação com o desejo de maior autonomia da neta. <p>C - Requisitos de Desvios de saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planejamento para revisão odontológica e 	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar auxílio médico na busca de minimizar/resolver problema da incontinência urinária. - Realizar autoexame de mamas, no período mensal combinado. - Diminuir ingestão de gorduras e produtos industrializados, como embutidos. - Evitar comprar produtos embutidos e outros ricos em gordura. - Aumentar o consumo de legumes e verduras, cozidos ou em saladas. - Evitar consumo de sucos artificiais. - Diminuir o uso de

	<p>oftalmológica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planejamento para avaliação médica para averiguar o problema de incontinência urinária. - Planejamento de exame de mamografia. - Realizar efetivamente medida preventiva relacionada ao autoexame de mamas. 	<p>açúcares.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar refeição leve no jantar, evitando ingerir comidas requentadas (sobras do almoço). - Procurar aumentar consumo de carnes brancas, evitando o preparo de forma frita. - Tentar introduzir o hábito do lanche (comer uma fruta no lanche da manhã e outra no lanche da tarde). - Aumentar a frequência de atividades físicas (sugestão de caminhadas, para ir à Cidade do Idoso, à unidade de saúde e a outros locais). - Realizar verificação periódica da pressão arterial (ao menos uma vez ao mês). - Procurar participar do grupo de hipertensos, no qual está cadastrada. - Buscar agendar avaliação odontológica. - Buscar agendar avaliação oftalmológica. - Pensar na possibilidade de participar de outras atividades na Cidade do Idoso. - Tentar abolir o uso de tapetes. - Pensar na possibilidade de permitir que a neta se prepare para o mercado de trabalho. Permitir maior autonomia da mesma.
--	---	---

Quadro 3: Síntese do plano de autocuidado de Margarida

Avaliação

Margarida tem um nível de escolaridade pouco avançado; no entanto, percebe-se que apresenta momentos de *insight* muito interessantes, ou seja, quando uma orientação faz sentido, busca segui-la, faz uma introjeção de forma mais rápida e sedimentada, como ilustra a seguinte fala:

Do sal eu já tinha visto falar. Mas da gordura ninguém tinha me dito isso, eu sempre achei que quem era gordo não podia comer gorduras para não ficar mais gordo... Como eu sou magra, pensei que não tinha problema. Só diziam que não deve comer, mas nunca falaram que pode ter entupimento de veia.

No decorrer das entrevistas, demonstrou capacidade para engajamento das ações de autocuidado. O problema fisiopatológico da incontinência urinária é um grande transtorno na vida de Margarida, sendo empecilho na realização de diversas atividades externas ao lar, causa grande sofrimento, vergonha e seu isolamento social. Como ela não sabe como lidar com essa situação, acaba se retraindo e evitando o desenvolvimento de uma vida plena e saudável. Após diálogo e orientações recebidas, Margarida tornou-se um pouco mais tranquila e segura, conforme fala abaixo:

Como é bom falar com alguém assim que entende disso, antes nunca tinha falado com ninguém desse jeito, nem sei como eu te falei... Acho que você tem razão... é melhor eu ir consultar... Se der para fazer alguma coisa tudo bem, e se não tem, daí o negócio é continuar assim. Mas depois do que você falou estou mais tranquila e tenho mais esperança... (Margarida).

No último encontro, Margarida estava muito mais serena e crente nas resoluções do problema, já havia realizado uma consulta médica com especialista, que lhe sugeriu uma pequena cirurgia; no entanto, terá de realizar avaliação cardiológica para posterior marcação da cirurgia. Relatou que, segundo o médico, se tudo der certo, a cirurgia poderá ser feita após o mês de fevereiro. Em relação à prótese dentária já havia realizado avaliação odontológica e feito o molde da prótese, acreditava que ficaria pronta antes do Natal. A avaliação oftalmológica estava

marcada para a quarta semana de dezembro, sendo que as filhas se propuseram a pagar as lentes para ela após a prescrição médica.

Margarida aparentava melhora na autoestima chegando a sorrir algumas vezes. Percebeu-se ainda que algumas dificuldades na implementação do plano de autocuidado estavam relacionadas a determinados aspectos da alimentação, como a necessidade do consumo de frutas, verduras e legumes. Não obstante ela já ter feito progressos especialmente no que diz respeito à diminuição no consumo de gorduras, alguns produtos industrializados e açúcares.

É importante salientar que ao final das avaliações, ela já tinha o desejo de frequentar outras atividades na Cidade do Idoso, o que, com certeza, favorecerá suas relações sociais e sua autoestima, podendo ainda ampliar sua rede de apoio social.

Sobre seu empenho na realização do plano de autocuidado, Margarida diz:

Eu gostei e estou me empenhando, porque muita coisa depende de mim.

Nesta fala fica demonstrado o reconhecimento de seu papel de corresponsável por ações de autocuidado.

Também é relevante o fato de, no decorrer dos encontros e conversas, Margarida haver pensado na possibilidade de aceitar e permitir o aumento da autonomia de sua neta, que tem grande desejo de trabalhar, sendo que após diálogo com familiares decidiu permitir que a neta participe de curso de qualificação para o trabalho.

Ao final do trabalho, sintetizando a avaliação da trajetória, Margarida ressalta o quanto foram importantes os encontros, de como foi seu aprendizado e de como se sentiu valorizada:

Eu nem sabia que tinha esse tipo de trabalho, eu aprendi a confiar em você, tem coisas que te falei que antes eu tinha vergonha de falar, desse jeito a gente sente que tem valor. Sente que ainda tem muito que aprender; aprendi muita coisa, e já mudei coisas na minha vida, agora estou até mais disposta. Tudo isso que aprendi e fiz nesses meses foi um presente na minha vida.

Nesse depoimento fica manifesta a importância do trabalho individualizado, da formação de vínculo, do respeito ao outro, e o reconhecimento das competências que existem em cada pessoa. Com o

uso da Teoria de Autocuidado de Orem foi possível verificar o significado da participação consciente na estruturação de novos comportamentos realizados por Margarida. Tais atitudes ampliaram os cuidados com sua saúde e uma melhor qualidade de vida.

Faz-se necessário salientar ainda que a respeito do risco ambiental relacionado ao uso de tapetes, mesmo após orientações já no terceiro encontro, e reforçadas nos encontros seguintes, não houve eco no comportamento de Margarida. Ela afirma haver tentado, porém justifica que não consegue ‘se livrar’ do uso dos tapetes; sabe dos riscos, no entanto ainda tem dificuldades na mudança, permanecendo assim como um déficit de autocuidado ainda não resolvido. Nesse momento, o ‘apego’ de Margarida aos seus tapetes é maior do que a compreensão dos riscos que eles podem trazer.

Vale lembrar que esse tipo de adaptação ambiental está associado principalmente à prevenção de quedas, que é uma das principais causas de acidentes com idosos. De qualquer modo, ficou no plano de autocuidado a orientação para a exclusão de tapetes do ambiente.

Ao finalizar a apresentação dos três casos com seus respectivos planos de autocuidado, conclui-se que, ao buscar desenvolver as habilidades para o autocuidado junto a essas idosas, utilizando uma abordagem humanística, respeitosa e de reconhecimento de seus direitos em tomar decisões e preservar sua independência, fez-se um legítimo cuidado de enfermagem. Cuidado esse que difere do modelo puramente biológico, patológico, mas que se pauta na atenção integral à saúde.

Destaca-se o terceiro encontro, no qual foi construído o plano de autocuidado individual com cada uma das participantes; neste momento pode ser visualizado o sistema apoio-educação e o papel da enfermeira como agente de autocuidado, no qual apoia e orienta. Nesta parte da coleta dos dados, ficou também evidente o significado do auxílio na tomada de decisões.

Salienta-se que o vínculo estabelecido é um fator positivo e relevante, pois acredita-se que o que é dito passa a fazer sentido mais concreto, uma vez que não é generalizado e sim dirigido individualmente a cada idosa. E também o que tem sentido mais concreto tem maior probabilidade de ser realizado de forma consciente.

O cuidado requerido e o realizado – ou seja, o cuidado que é necessário e a potencialidade e disposição das idosas em realizarem o cuidado – ficaram demonstrados nos encontros subsequentes, quando elas apontaram seus progressos e conquistas.

Em estudo com idosos, Ferrero e Cintra (2004) afirmam que o autocuidado, que se apoia na premissa de fortalecimento de

potencialidades, pode revelar-se uma proposta adequada, uma vez que promove uma melhoria na qualidade de vida dessa população. Concorde-se com essa afirmação, pois nesse trabalho a proposição e discussão de ações de autocuidado individual também se mostraram adequadas a esta população, fortalecendo as potencialidades de cada participante.

Orem (1995) denominou *self-care agency* a capacidade do indivíduo para se engajar em ações de autocuidado. No caso dessas idosas, a capacidade física, comportamental e cognitiva para o autocuidado se fizeram presentes, demonstrando dessa forma o seu poder para se engajar e serem agentes do autocuidado.

5.4 DISCUSSÃO TEMÁTICA

Com vistas à consecução dos objetivos deste trabalho, no primeiro momento buscou-se conhecer as práticas de autocuidado desenvolvidas pelas idosas para posteriormente construir os planos de autocuidado individual, já apresentados no item anterior. Ao realizar esse procedimento, verificou-se a riqueza de dados coletados, que despertou a necessidade e o desejo de sistematizar os dados, categorizando-os.

A partir da análise temática dos dados, buscaram-se pontos convergentes e divergentes nas falas de cada idosa. Dessa análise emergiram quatro eixos temáticos, que são os seguintes: Práticas de cuidado pessoal, Rede de apoio e suporte, Sentimentos e emoções e o Conhecimento em saúde, que revelou como tomavam conta de si, seu estilo de vida no cotidiano e como pode ser entendido o processo de promoção da saúde dessas idosas.

5.4.1 Práticas de cuidado pessoal

Esse eixo temático emergiu com base em dados, segundo os quais as idosas apontavam cuidados que tinham em relação à manutenção da vida e do próprio processo de viver, ou seja, o cuidado pessoal aqui qualificado como uma característica e uma necessidade universal dos seres humanos.

Nesse sentido, as práticas de cuidado pessoal também estão

relacionadas à definição de autocuidado de Orem (1995) como sendo o cuidado que as pessoas realizam diariamente por vontade própria para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

As práticas de cuidado pessoal envolvem uma série de aspectos e, neste estudo, alguns subtemas se fizeram mais fortemente presentes quando se analisou esse eixo temático; foram eles: a alimentação, o lazer, as atividades físicas, a autoestima, o cuidado biomédico e a saúde percebida.

Os hábitos alimentares são oriundos de longos processos de aprendizado em cada cultura, transmitidos de geração em geração. Esses conhecimentos são interiorizados e permanecem sendo repetidos por tempo indefinido, o que muitas vezes torna difícil a adequação de uma alimentação que forneça saúde e prazer ao mesmo tempo (FRANK; SOARES, 2004). Cuidados com a alimentação são de vital importância para os idosos devido ao aumento do risco de obesidade e doenças crônicas (WHO, 2005).

Na análise dos dados coletados, percebeu-se que não há problemas quanto ao número de refeições diárias das idosas estudadas, pois todas costumam fazer no mínimo três refeições diárias, o que é preconizado pela OMS. Outro fato é que, como residem com outro membro da família, não ocorrem descuidos em relação ao horário e à preparação dos alimentos. No entanto, também ficaram evidentes alguns hábitos prejudiciais à saúde, tais como: o consumo frequente de alimentos ricos em gorduras, de produtos industrializados e ingestão de frutas e verduras com irregularidade.

Nessas idosas foram percebidas práticas alimentares derivadas da cultura italiana, da qual elas eram descendentes. Assim, era comum o consumo de alimentos como polenta, massas, pães, bolos, embutidos, queijos, carnes, dentre outros. De acordo com sua criação, acreditavam que comer bem é comer muito, comer alimentos calóricos, que fortalecem o organismo. Não existia preocupação com uma alimentação equilibrada e saudável.

A preocupação dessas idosas com a alimentação surgiu a partir da manifestação de um estado patológico, seja nelas ou no cônjuge. Esse fator as levou a refletir sobre a alimentação; no entanto, a mudança de hábito se restringiu especialmente ao consumo de sal.

Outro fato demonstrado no presente no estudo é o grande consumo de produtos industrializados pelas idosas, como, por exemplo, embutidos, temperos e sucos, sendo que diversos estudos apontam os malefícios que o consumo exagerado de produtos industrializados causa à saúde a curto, médio e longo prazo (DIAS, 2003).

Uma alimentação saudável depende de fatores diversos, dentre eles os culturais, socioeconômicos, psicológicos e cognitivos. O idoso deve ajustar seu hábito alimentar à sua nova condição atribuída pela idade. Para isso necessita de orientação adequada à nova demanda inerente ao envelhecimento, buscando uma repadronização alimentar. O objetivo das orientações é oferecer o suporte necessário para a formação de novos hábitos alimentares (FRANK; SOARES, 2004).

Considerando todos esses aspectos, buscou-se dar orientação e propor um plano individual de autocuidado para cada idosa, fortalecendo os hábitos alimentares saudáveis que elas já desenvolviam e buscando alertar para as mudanças que se faziam necessárias. Importante lembrar que nada foi imposto, mas discutido e permitido que elas fizessem escolhas, tornando-se assim sujeitas no seu processo do autocuidado.

De acordo com Orem, as necessidades alimentares estão enquadradas na categoria de requisitos de autocuidado universais, as quais são comuns a todos os seres humanos, aqui entendidos como expressão biológica de cuidado ao corpo.

Outro aspecto importante nas práticas de cuidado pessoal é o lazer, que propicia a promoção do bem-estar e se constitui num importante fator de proteção à saúde e manutenção da qualidade de vida, em todas as fases do desenvolvimento humano (MAZO, 2003).

Dumazedier (2001) define o lazer como um conjunto de ocupações que o indivíduo pode realizar de acordo com sua livre vontade, quer seja repousar, divertir-se, recrear-se e entreter-se, ou ainda para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua capacidade criadora.

O lazer é uma atividade que proporciona ao ser humano divertimento, desenvolvimento e descanso, trazendo como consequência uma sensação de bem-estar físico, psíquico e social. Por isso essa atividade se torna muito procurada, a fim de que possa oferecer um tempo diversificado daquele relacionado ao cotidiano do trabalho, da família e das demais responsabilidades sociais (MARCELLINO, 2000).

As idosas deste estudo têm acentuada preferência por atividades de lazer que possam ser efetuadas no lar, como o tricô, a televisão e a leitura. Algumas dessas atividades são realizadas em companhia de outras pessoas, como familiares e amigas.

Percebe-se ainda que a televisão assume papel importante como lazer, pois todas as idosas têm esse hábito diário. Acredita-se que esse fato as auxilie a manter-se em contato com o que se passa pelo mundo; no entanto, pode-se inferir ainda que seja somente uma forma de passar

o tempo. A leitura também é uma forma de lazer adotada por duas participantes.

É importante ressaltar que as atividades realizadas na Cidade do Idoso também são caracterizadas como um tipo de lazer, como expresso por uma das idosas:

... Para nós lá [Cidade do Idoso] também é um lazer, a gente se reúne, dá risada junto, conversa e se distrai (Violeta).

Fica evidente também que as mesmas estão se voltando cada vez mais para o grupo familiar e de amigos, percebendo os encontros com eles como momentos de lazer e satisfação.

Nos finais de semana quando vêm meus filhos e netas eu aproveito... Para mim é um lazer eles estarem aqui (Violeta).

Todo final de semana tem alguma filha aqui... Vêm as filhas, os genros, os netos (Margarida).

No domingo a gente se reúne sempre, vêm almoçar ou a gente vai na casa deles [dos filhos]... (Rosa).

Uma idosa é bastante restrita ao grupo familiar, enquanto as outras extrapolam o círculo familiar e mantêm relações de amizade e de lazer com amigas e outros grupos.

Infere-se aqui que, de acordo com apontamentos de Orem, o estabelecimento de relações interpessoais, sejam elas no âmbito familiar ou social ampliado, contribuem no autocuidado a partir da influência mútua.

O processo de envelhecer frequentemente implica mudanças do *status* e papéis desempenhados anteriormente, assim como das expectativas sociais de autoconceituação e autoestima. Dessa forma, existe uma tendência ao empenho maior para manutenção de relacionamento mais íntimo com amigos e de forma especial com a família, como compensação ao crescente isolamento que ocorre por parte da sociedade. Acredita-se que o relacionamento com essas pessoas adquire proporções bastante grandes e, se positivo, é fundamental para uma velhice sadia e equilibrada. Por isso, conversar com amigos e familiares é um lazer que traz às idosas participantes do estudo muito

contentamento e satisfação.

A atividade física é considerada uma estratégia de promoção da saúde. A participação efetiva em atividades físicas moderadas e leves pode retardar os declínios funcionais que acometem pessoas idosas e ainda promove contatos sociais. Existe também a ênfase de que idosos fisicamente ativos apresentam menor prevalência de doenças mentais do que os não ativos. Além disso, a atividade física pode auxiliar os idosos a manterem a independência por período de tempo mais longo (WHO, 2005).

Neste estudo entendeu-se atividade física como todo e qualquer movimento corpóreo realizado pela musculatura esquelética, que tem como consequência um gasto de energia maior que o gasto em nível de repouso, conforme o proposto por Mazo (2003). Diferenciando-se do termo exercício físico, uma vez que este é planejado e sistematizado.

Vale lembrar que no item 'E' do Pacto pela Vida, que fala sobre a Promoção da Saúde, também há referência sobre o hábito saudável de praticar a atividade física regular (BRASIL, 2006b).

Destaca-se neste trabalho uma das idosas, que além das atividades físicas diárias realiza exercícios físicos, também diariamente, que consistem em caminhadas, jogos adaptados para a terceira idade, com orientação profissional e prática de caminhada em esteira. Vale ressaltar que participa também de competições direcionadas à terceira idade. Outra idosa realiza atividades físicas moderadamente, pois, além das atividades domésticas e na horta, realiza passeios e caminhadas frequentemente. Ao passo que a terceira idosa do estudo está num processo que se pode chamar de sedentarismo, uma vez que suas atividades estão restritas a atividades domésticas e na horta.

Gosto de exercitar o corpo, isso me faz bem. [...] Gosto de levantar cedo porque eu me sinto tão bem, gosto de fazer meu serviço, gosto de lidar com as coisas, gosto de fazer meus bordados, gosto de pensar que amanhã tem ginástica, que isso, que aquilo... Então não dá tempo para ficar pensando coisas ruins, tenho meu tempo todo ocupado. Acho que essa também é uma forma de me cuidar, porque estar em atividade também é sinal de saúde... (Rosa).

Já Margarida, apresentando evidências do sedentarismo, afirma:

De exercício... De física... Só quando vou caminhando a algum lugar. [...] Não gosto de sair

de casa, saio pouco, só quando tenho necessidade (Margarida).

A prática regular de atividades físicas é sabidamente benéfica nos aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, tendo seus reflexos tanto em nível corporal quanto nos reflexos positivos de autoconceito e autoestima. Nos idosos, auxilia ainda na melhoria da resistência, da coordenação, do equilíbrio e na força física. Auxilia ainda na função respiratória e cardiovascular (ROLIM; FORTI, 2006).

Além disso, percebeu-se neste estudo que a autoestima foi um aspecto importante nas práticas de cuidado pessoal. Parece que à medida que as idosas percebiam que vários aspectos de seu autocuidado eram reconhecidos e valorizados pela mestrandia sentiam-se mais aptas às mudanças que se faziam necessárias.

Para Neri e Freire (2000), a autoestima significa o gostar de si mesmo de maneira realista e simples, aceitando as habilidades e potencialidades e também as limitações. Ressaltam ainda que o meio social também é fundamental na manutenção da autoestima.

As percepções que uma pessoa idosa tem sobre si mesma podem mudar segundo a variedade de situações que ela enfrenta no cotidiano e de sua capacidade para resolvê-las. A valorização e a estima que uma pessoa tem de si mesma na velhice depende de como entende a própria realidade pessoal, que, por sua vez, está ligada a múltiplos fatores. O comportamento da pessoa idosa depende da sua capacidade ou condição física e psicológica como também da avaliação que faz de si mesma (NERI; FREITAS; 2000; ACOSTA; ORJUELA, 2002). Esses autores apontam ainda que a autoestima tem sua gênese na relação do indivíduo consigo mesmo, nas suas vivências corporais e na inter-relação com o meio social.

Vale lembrar que Orem (1995) aponta que o ser humano está ligado ao meio ambiente, sendo que juntos formam um sistema interligado de influência recíproca e relacionado com o desenvolvimento de ações de autocuidado. Nesse sentido, o bem-estar pode ser afetado tanto positivamente quanto negativamente pela estabilidade ou pelas mudanças que porventura ocorram nas diversas condições ambientais.

Pelas entrevistas e observações, percebeu-se que duas das idosas do estudo têm uma boa autoestima evidenciada pelos cuidados diários consigo mesmas, relacionados a buscar manter uma boa aparência, denotando o gosto por si mesmas, além de demonstrarem disposição e valorização de sua autonomia comprovada pela vivacidade e busca do

bem-estar, como evidenciado nas falas:

A gente não precisa ficar toda desajeitada só porque já tem uma idade, não tem nada a ver. [...] Eu já levanto de bem com a vida, estou sempre bem disposta (Rosa).

Não é porque a gente está velha que não deva mais se cuidar. [...] Eu gosto de ver gente, de sair, de passear, de conversar, de ir onde eu quero, sem ficar na dependência. [...] eu gosto de me cuidar, porque cada idade tem uma beleza, cada ruga tem uma história. Procuro sempre estar de bem comigo mesma (Violeta).

Acredita-se que a outra idosa (Margarida) não tenha sua autoestima tão fortalecida principalmente em função da incontinência urinária que a preocupa e entristece, fazendo com que fique restrita a um convívio mais familiar. Além da dificuldade relacionada à prótese dentária, que em virtude de estar frouxa corre risco de cair quando ela ri.

A autoestima pode contribuir no bem-estar, principalmente no que se refere aos contatos sociais; ao contrário, a baixa autoestima pode levar a pessoa a buscar o isolamento como forma de proteção, levando inclusive ao risco de transtornos depressivos.

A velhice, como o último estágio do desenvolvimento humano, está voltada para preocupações relacionadas com adaptação ou perdas vitais, doenças, aposentadorias, reconciliação com sucessos e fracassos, resolução da aflição pela morte de outros e da aproximação da própria finitude (EISIRIK et al., 2001). Todas essas mudanças e adaptações que ocorrem nessa fase da vida podem interferir na autoestima e no autoconceito das pessoas idosas.

Tão importantes quanto os cuidados com alimentação, lazer, atividade física e formas de manutenção da autoestima são os cuidados com a saúde através do acompanhamento de outros profissionais da saúde.

Neste estudo, todas as idosas faziam uso de medicamentos e tinham necessidade de cuidados médicos para manutenção, prevenção e promoção de sua saúde. Entretanto, somente uma delas era bastante atenta a esse aspecto e fazia avaliações médicas periódicas e exames complementares. As demais se restringiam ao uso de medicamentos prescritos há muito tempo, apresentavam resistência a procurar o profissional médico, alegando vergonha ou por não acharem necessário

em função de acreditarem que não estão doentes. Tal comportamento é bastante frequente em pessoas que possuem doenças crônicas, pois acabam naturalizando os cuidados e medicamentos tomados diariamente e não mais se percebem como doentes ou com necessidade de cuidados específicos.

Nesse sentido foram percebidas algumas contradições nos discursos das idosas, porque em determinados momentos afirmavam que teriam necessidade de auxílio médico, que já foram orientadas inclusive por enfermeiros para a procura desse profissional. Em outros, afirmavam que o medicamento usado parece ainda estar fazendo bom efeito; como elas não se sentem doentes, poderiam deixar as consultas médicas para mais tarde.

Ressalta-se ainda que no município em que foi desenvolvida esta pesquisa existe uma rede pública de assistência à saúde que parece ser eficiente, ou seja, não é essa a dificuldade referida para não procurar assistência médica. Pode-se aqui inferir que talvez aspectos culturais estejam permeando essas atitudes, pois essas idosas tiveram como prática de cuidado desenvolvida no espaço doméstico o uso de chás, fitoterápicos, benzeduras, entre outras. Assim, a prática por cuidados médicos só era realizada quando se esgotavam as possibilidades terapêuticas dessas medidas alternativas e em casos mais graves que não sabiam como resolver.

Nesse contexto, a enfermagem tem papel significativo, especialmente no olhar atento para busca das dificuldades e resistências, no reconhecimento de déficits de autocuidado relacionados aos desvios de saúde e nas ações educativas no sentido de auxiliar na compreensão da necessidade desses cuidados por parte das idosas. Além de contribuir para o reconhecimento do papel de outros profissionais num trabalho interdisciplinar que proporcione a promoção da saúde, a manutenção da autonomia e independência tanto quanto possível dessas idosas.

Nesse subtema é possível visualizar a associação com o construto teórico de Orem que aponta os requisitos de autocuidado, dentre os quais destacamos os desvios de saúde, que são as exigências nas condições de doença ou de lesão, sendo que fazem parte do mesmo assegurar assistência apropriada, bem como formas específicas de cuidados à saúde, sendo que alguns desses cuidados podem ser realizados interdisciplinarmente por outros profissionais da área da saúde.

Salienta-se que essas colocações dizem respeito especificamente às idosas deste estudo; sabe-se, no entanto, que existem casos de medicalização da velhice tanto por parte profissional quanto por parte de

idosos. Nessas situações, os cuidados biomédicos são utilizados como ‘bengala’ indispensável e essencial, em que para todas as adversidades da vida tanto profissionais como idosos buscam como recurso único e milagroso a terapêutica medicamentosa (DIOGO, NERI e CACHIONI, 2006).

Assim como nas demais fases do curso de vida humano, também os idosos necessitam de cuidados biomédicos, que devem ter as especificidades direcionadas a essa parcela populacional. Acredita-se que a atenção não deva ser maior ou menor do que, por exemplo, para uma criança. No entanto, deve ser específica, considerando as necessidades dessa faixa etária.

É importante assinalar que da mesma forma que houve progressos tecnológicos e científicos que beneficiaram outras faixas etárias e eventos da vida, como a maternidade, não é diferente com a terceira idade. Dessa forma, os idosos devem usufruir dos avanços que estão à sua disposição para melhorar e manter seu bem-estar e qualidade de vida.

Cabe destacar que este estudo não teve como objetivo avaliar a percepção das idosas a respeito de seu atual estado de saúde, todavia chamaram atenção as respostas dadas por elas quando indagadas sobre como está sua saúde.

Ao definirem sua situação atual de saúde, elas respondiam que está boa, o que denota percepções positivas a respeito de sua saúde. Apesar da idade e de fazerem uso de medicação, elas se sentiam dispostas, com autonomia e independência. É importante lembrar que nenhuma das idosas apresentava limitações físicas, conforme destaque nas afirmações:

Mesmo que eu tomo os remédios, mesmo que tenha uma dorzinha, eu acho que estou bem, porque a gente sabe que conforme vai ficando mais velho vai diminuindo a disposição, e eu já tenho 72 anos. Mas mesmo assim eu ainda tenho disposição, porque cuido das minhas plantas, arrumo minha casa... (Margarida).

Nessa fala pode-se abstrair que o entendimento de saúde de Margarida está atrelado à disposição para realizar as atividades cotidianas, sendo significante para ela o fato de estar ativa.

A minha saúde hoje está bem... Posso dizer que está bem, não tenho nada que me prejudique, porque eu controlo bastante a minha pressão. [...]

Então no momento eu diria que a minha saúde está bem graças a Deus, não posso me queixar; tem a hipertensão, mas que está controlada (Rosa).

Nessa declaração percebe-se que a avaliação acerca da saúde percebida está bastante ligada a padrões biomédicos, como a saúde relacionada ao controle de doenças.

Eu diria que estou bem, não estou doente... Me viro sozinha, faço minhas coisas, ajudo os outros na medida que posso. Se fosse comparar com outras pessoas da minha idade acho que minha saúde está muito bem. Ter saúde é ter uma vida boa, não ficar na dependência dos outros (Violeta).

Destaca-se nessa fala a saúde percebida como o fato de não estar doente, o que também se relaciona com a definição de qualidade de vida, quando aponta que ter saúde é ter vida boa e independente. Ou, ainda, com o conceito de envelhecimento saudável relacionando autonomia e independência com manutenção da capacidade funcional, que também é visível na fala anterior de Margarida.

Como pode ser observado, nesse eixo temático, ficam delineados os principais cuidados que essas mulheres idosas têm consigo mesmas no dia a dia. Também foi possível visualizar que o estímulo e o reforço positivo a respeito das práticas de cuidado pessoal são prazerosos para essas mulheres, o que faz com que elas aceitem orientações para o aprimoramento desses cuidados e se sintam responsáveis por tais práticas.

5.4.2 Rede de apoio e suporte

Nesse eixo temático, delineou-se como era a rede de relações e de apoio dessas mulheres idosas e as formas como elas buscavam e tinham suporte social necessário ao gregarismo humano. Partiu-se do entendimento que a convivência com outras pessoas e o sentimento de ser parte integrante de um grupo social são fatores que contribuem sobremaneira para manutenção da saúde e do bem-estar.

Fizeram-se presentes nesse eixo temático dois subtemas: o apoio social e da família e a religiosidade.

Na análise das entrevistas, ficou evidente a rede de apoio com a qual as idosas contavam no seu dia a dia para lidar com questões afetivas e de saúde. Todas as entrevistadas apontavam a rede social primária como sendo a família nuclear e a expandida. Nesse sentido, Caldas (2003) aponta que, para idosos, a família e os amigos são fontes primárias de cuidados, e que a ausência desse apoio é o que leva muitos idosos à institucionalização.

É importante salientar que a manutenção de redes de apoio (familiares e sociais) e da qualidade de vida é um dos objetivos do envelhecimento ativo (WHO, 2005).

As relações de cuidado que essas mulheres vivenciaram ao longo da vida se reproduzem na atualidade no sentido de que todas referiram cuidar ou ajudar no cuidado de outros membros da família quando foi necessário. Isso demonstra que não atuam somente como receptoras dos benefícios das relações, mas denota que têm um papel ativo nas relações de apoio, ora recebendo ora dando apoio.

Nesse sentido, de acordo com Barrios (1999), o apoio social é um processo de influência mútua entre pessoas ou grupos, que por meio do contato sistemático formam vínculos, recebendo apoio emocional, afetivo e material, contribuindo para o bem-estar mútuo. O apoio social ressalta o papel que os indivíduos podem desempenhar na resolução de dificuldades em momentos de crise. A importância está na manifestação da solidariedade e no efeito benéfico que ela causa na saúde para as pessoas.

Seguindo a mesma linha de pensamento, Martins (2003) define apoio social como um processo dinâmico e complexo, que abrange relações entre pessoas e suas redes sociais, na busca de completar recursos pessoais que já possuem para enfrentarem dificuldades e atingirem novos objetivos.

Neste estudo as idosas relataram que caso necessitassem de apoio e cuidados seriam cuidadas por seus familiares, especialmente os filhos e cônjuge, como pode ser averiguado nos depoimentos a seguir:

Primeiro tem o A. (marido), tem a minha irmã, tem meus filhos, sei que se precisasse eles me cuidariam [...], acho que até as minhas noras iam cuidar (Violeta).

Tem a minha nora, ela poderia vir a me cuidar [...]. E tem os outros filhos, tem o S. (marido), [...]

se precisar qualquer coisa ele está disposto, está sempre pronto a ajudar (Rosa).

Quando eu não estou bem... A primeira pessoa que eu falo é para D., minha filha. Sempre que eu preciso de ajuda, é as minhas filhas que moram aqui que vêm, que se preocupam comigo (Margarida).

Quando se fala em autocuidado relacionado à promoção da saúde torna-se necessário também pensar numa rede de relações sociais que favoreça o desenvolvimento de laços afetivos, da autoestima e da manutenção da autonomia do idoso. Nesse sentido, verificou-se que a rede de suporte familiar era de vital importância para as idosas pesquisadas, tanto do ponto de vista afetivo quanto de cuidados. Ficou presente o apreço que as idosas tinham pelos familiares, inclusive pela forma carinhosa como se referiam a eles.

Também ficou evidenciada a rede social secundária, como no exemplo de Rosa e Violeta, que participavam de outros grupos além do grupo de atividades da Cidade do Idoso, destacando-se grupo de mães e grupo religioso, como pode ser observado na fala abaixo:

Primeiro é minha família, tem minha irmã, meu marido, os filhos, mas também tenho minhas amigas, principalmente estas amigas da igreja... (Violeta).

Já Margarida denota uma rede de relações sociais de apoio restrita quase unicamente à família, que pode ser decorrente de um problema de saúde que a deixa constrangida em participar de atividades externas ao seu lar, como também pode ser o seu jeito, sendo esta uma característica própria sua, de manter um círculo social mais restrito. Nas demais o apoio social pode ser verificado a partir do envolvimento com os grupos comunitários e religiosos, das relações pessoais pelos vínculos estabelecidos com família e amigos.

Nesse sentido concorda-se com Barrios (1999), quando aponta que uma rede social que forneça apoio afetivo, de conhecimento e material interfere positivamente na saúde. Entende-se, ainda, que o apoio social é um fator subjetivo muito importante para o bem-estar e qualidade de vida, especialmente na terceira idade, sendo também um dos aspectos a serem ressaltados quando se fala de autocuidado.

No caso dessas idosas o apoio emocional vem especialmente dos filhos e marido, e ainda de outros familiares e amigos. Esse tipo de apoio está adjunto à atenção e ao cuidado que recebem dos que estão mais próximos e se preocupam com elas.

O apoio informativo é identificado por informações formais ou informais. Nas falas das três idosas foi possível identificar o apoio informativo profissional, dentre eles o enfermeiro.

O apoio instrumental que se refere à oferta de recursos materiais e operacionais ficou evidenciado apenas na fala de Margarida, o qual é oferecido pelas filhas; no entanto, ela refere sentir-se envergonhada em pedir esse tipo de auxílio.

Percebe-se que existe uma interseção entre os diversos tipos de apoio, de forma que na prática não é possível realizar um isolamento sistemático, nem determinar níveis exatos de importância de cada um. Destaca-se aqui o papel da Cidade do Idoso, que além de atividades que buscam a promoção da saúde também serve como meio de aproximação de idosos e ampliação interação da sua rede social.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1998), a espiritualidade é também uma forma de apoio importante na vida e para a saúde das pessoas. Essa é uma somatória de todos os sentimentos e convicções de natureza não material que indicam que há mais no viver do que pode ser percebido ou plenamente compreendido. Por essa perspectiva, deve-se refletir acerca do significado e o sentido da vida, não necessariamente a partir de uma prática ou crença religiosa. Reconhecendo a importância da espiritualidade para a qualidade de vida, a OMS a incluiu no âmbito dos fatores que devem ser levados em conta na avaliação e na promoção de saúde em todas as idades. Ou seja, as necessidades da pessoa idosa não se reduzem apenas aos temas objetivos, permeando também o campo da subjetividade, a espiritualidade.

Com base nessas afirmações é possível concluir que num conceito ampliado de saúde, no qual o ser humano deve ser olhado de forma holística, é imprescindível que a espiritualidade também seja considerada. Todas as idosas deste estudo em maior ou menor grau relataram que professam sua fé através de suas crenças religiosas, indicando que a questão espiritualidade é um aspecto importante em suas vidas. Essas expressões ocorriam através do exercício de práticas religiosas, tais como: orar em capela, orar ao deitar-se antes de dormir, frequentar missas ou mesmo participar das atividades da igreja. Ficou evidente a confiança em Deus que elas tinham, afirmando que sua saúde está boa, “graças a Deus”, expressão esta utilizada diversas vezes por

todas. Fazer questão de em suas falas atribuir a Deus coisas boas que lhes aconteceram ou acontecem demonstra sua fé e que a espiritualidade faz parte de suas vidas. Ressalta-se que somente uma das idosas relacionou saúde e religião ao dizer que:

Eu acho que a fé também ajuda na saúde, porque se a gente tem fé e reza, isso faz que com a gente tenha mais tranquilidade e paciência para resolver os problemas. Rezo todos os dias para agradecer, rezo para todos os meus filhos, para todos da minha família e peço sempre a Deus para me dar saúde, porque sem saúde a gente não é nada (Violeta).

A espiritualidade é a somatória de todos os anseios e convicções de natureza não material que aludem à existência de mais no viver do que pode ser percebido ou inteiramente compreendido, remetendo a pessoa a questões como o sentido da vida, não necessariamente a partir de uma prática ou crença religiosa (NERI, 2005).

É significativo salientar que as práticas religiosas também são uma porta para a interação social, como no caso de Violeta, em que sua religiosidade é uma das fontes que lhe permitem interação social bastante ampliada. Como ela participa de diversas atividades relacionadas à igreja que frequenta, desenvolveu nesse meio um grupo de amigas, as “amigas da igreja”, como ela as chama, e que na verdade também funcionam como rede de apoio fundamental.

Mesmo reconhecendo que no meio científico a religiosidade ainda é motivo de desconfianças, Sousa et al. (2002) pontuam que soa menos estranho atualmente assegurar que a religiosidade de uma pessoa afeta seu corpo, sua mente, sua interação com os outros, além de seu espírito.

Neri (2005) quando discorre sobre a religiosidade na velhice, aponta que existem dois pontos de vista complementares sobre o aumento da religiosidade nesse período da vida. O primeiro é que o movimento de aproximação da religiosidade e espiritualidade é natural, visto que a finitude da vida faz com que os idosos se aproximem de temas existenciais ou da transcendência e que o façam por meio da fé no sagrado. Outro é que os idosos passam a acreditar mais em Deus e a rezar mais por temerem a morte, o que não parece ser o caso das idosas desta pesquisa.

Nesse eixo comprovou-se a importância da rede de apoio na vida

dessas mulheres, ou seja, o quanto as relações de apoio familiar e social têm influência no gregarismo, na saúde e no bem-estar delas. Ressalta-se que a manutenção da autonomia é um fator extremamente relevante para que essas mulheres possam continuar a sentir-se parte integrante e ativa dos grupos dos quais participam, especialmente do familiar. Também é importante visualizar que a manutenção tanto da rede de apoio quanto da religiosidade pode ser caracterizada como comportamento de autocuidado.

5.4.3 Sentimentos e emoções

Esse eixo temático surgiu a partir de discursos significativos que dizem respeito a sentimentos e emoções, muitos dos quais podem interferir positivamente ou não no estado de saúde, e por isso acredita-se que devem figurar como importantes. Destacam-se ainda nesse eixo as preocupações.

Não se pode falar de promoção da saúde e qualidade de vida do idoso sem considerar também os sentimentos e as emoções vivenciadas nessa fase da vida, bem como suas repercussões para a saúde. No conceito ampliado de saúde é importante também valorar os aspectos emocionais das pessoas, especialmente na esfera correspondente ao bem-estar psicológico.

Ficou expressa nas falas das idosas a grande relação afetiva delas com suas mães, sendo que somente uma ainda tem a mãe viva. Na maioria dos encontros elas trouxeram referências às mães apontando sentimentos de grande pesar quando estas faleceram, bem como o sentimento de saudade que permanece.

Rosa, a única cuja mãe é viva, também em todos os encontros fez referências sobre ela, apontando grande apreço e destacando especialmente o sentimento de apreensão em virtude de a mãe já estar com idade bastante avançada e com a saúde debilitada.

*Me preocupa é minha mãe, ela tem 85 anos...
(Rosa).*

Outro ponto que também fica evidenciado nas falas é o sentimento de solidão e sensação de perda quando os filhos saem de casa para viver suas vidas.

Olha quando os filhos começaram a sair de casa,

não era solidão, nem depressão, era assim tipo uma tristeza (Violeta).

Já Margarida aponta sentimento de realização pessoal por ter conseguido criar e educar os sete filhos apesar das grandes dificuldades pelas quais passou. Expressa orgulho por ter todos os filhos bem encaminhados, quando afirma:

... Tive que criar os filhos sozinha. Hoje todos tão bem. Sempre quis que eles estudassem, todos foram na aula, uns mais outros menos, mas eu tenho até filha professora (Margarida).

Quando se visualizam os diferentes ciclos da vida humana, é possível notar que a velhice tem características biopsicossociais diferentes das de outros ciclos, sendo que dentre essas características está o fato de aumento das perdas, que tendem a se centrar no próprio idoso, além das mudanças na rede social. Ou seja, como nos demais ciclos da vida, este também se caracteriza como um processo complexo, envolvendo perdas e ganhos, que podem ser minimizados ou intensificados de acordo com fatores externos e internos de cada indivíduo, bem como da estrutura social e cultural na qual ele está inserido (EIZIRIK, 2001).

Em especial, as situações de perdas sociais, físicas, laborativas, de autonomia, dentre outras, podem gerar crises internas, expressas de diferentes formas, dentre elas a ansiedade, a tristeza e a depressão.

No caso dessas idosas, percebeu-se que apesar dos momentos de crise vivenciados e dos sentimentos gerados nos momentos de perdas e adversidades, elas conseguiram fazer a elaboração de tais perdas, uma inclusive com auxílio terapêutico, e dessa forma continuar mantendo uma vida ativa. Nesse contexto concorda-se com Eizirik (2001), de que a estrutura de apoio social sólido que têm é que auxiliou no enfrentamento das contingências da vida, minimizando os sentimentos negativos advindos dessas situações.

Destaca-se na história das três idosas a relação com casos de alcoolismo na família, sendo Margarida e Rosa com os maridos, fato este que lhes trazia muitos desgostos e sofrimento, sentimentos que só findaram quando o marido de Margarida faleceu e quando o marido de Rosa parou de beber há aproximadamente um ano. Já Violeta vivenciou a mesma situação com o pai e atualmente com um filho, que bebe

demaís e lhe traz inquietação.

Também chamaram atenção as indicações de preocupações que as idosas apontavam ao se referirem especialmente a outros membros da família, como cônjuge, filhos e mãe. Violeta era especialmente preocupada com o marido, que é hipertenso e diabético e tem dificuldades e resistências de realizar os cuidados necessários; também preocupava-se com o bem-estar dos filhos, mesmo já estando cada um no seu caminho.

Uma delas tinha preocupação consigo mesma relacionada à incontinência urinária, sendo que na verdade o que a deixava insegura era o fato de outras pessoas saberem do seu problema ou virem a se afastar caso houvesse odor oriundo do vazamento da urina, o que a deixava insegura para incursões fora de casa, como ilustra a fala:

Tenho sempre medo que vaze na saia, na calça e que sintam cheiro...

Além disso, Margarida apontava que sua finitude a preocupava no sentido de sentir-se responsável principal pelo cuidado com a neta, como expressa a fala:

Também me preocupo com a L. [neta], também sei que não vou viver para sempre... É o sonho dela arrumar um trabalho. [...] Agora também ando meio preocupada com a E. [filha] que vai fazer a cirurgia (Margarida).

Já Rosa se preocupava com o fato de haver casos de câncer na família, o que a levava a intensificar ações de autocuidado no sentido de realizar o autoexame de mamas, preventivo de câncer ginecológico e mamografia periodicamente, como ilustrado quando esta afirma:

Tenho gente da minha família que teve câncer. Tem a minha mana que tirou um seio, minha mãe tirou um nódulo também, então a gente tem medo sobre isso.

Acredita-se que preocupações manifestadas com o futuro de familiares, especialmente filhos e netos, é decorrente do fato de eles se constituírem no valor maior dessas idosas nessa etapa de vida.

Ao se referirem ao futuro, falam mais a respeito do que desejam para os filhos e netos. Desejam apenas conservar uma saúde razoável.

Como já mencionado anteriormente, pensam que sua saúde está bem, fato esse reiterado quando falam das perspectivas para o futuro, e assim expressam o desejo de mantê-la ainda por longo tempo. Acredita-se que esse desejo de conservar a saúde seja para não criarem problemas aos outros.

Dessa forma, ficam presentes nesse eixo alguns sentimentos e emoções que as idosas vivenciaram ou vivenciam, bem como suas potencialidades de enfrentamento dos mesmos. E ainda que neste momento de suas vidas as preocupações maiores não são consigo mesmas, e sim com outros membros da família. Acredita-se que isso se deve ao que fato já discutido anteriormente de que acreditam ter boa saúde e ainda no fato de estarem no exercício pleno da autonomia e independência.

Destaca-se que a capacidade para os enfrentamentos de situações adversas decorrentes do processo de viver é considerada como característica psicológica positiva que tem repercussão no estado de saúde.

5.4.4 O conhecimento sobre saúde

Esse eixo emergiu a partir da percepção de dados indicativos dos conhecimentos sobre saúde, que essas mulheres idosas demonstraram em suas falas.

Todas as pessoas, formal ou informalmente, vão acumulando durante sua vida e em decorrência de suas experiências diversos tipos de aprendizado e, dentre eles estão fatos e saberes relacionados à saúde.

No contexto deste estudo, acredita-se que são importantes o reconhecimento e a valorização dos conhecimentos prévios, adquiridos no decorrer da vida dessas idosas. É necessário ouvi-las, saber qual o ponto de vista delas sobre sua saúde, quais os conhecimentos que adquiriram ao longo da vida, apreciar quais são os conhecimentos que já têm significância, para só então realizar as colocações que se façam necessárias. Lembrando que isso deve ser feito de forma respeitosa e negociada, para que elas possam fazer a ressignificação dos conhecimentos que necessitam ser repadronizados. A idosa irá aderir às orientações se esse novo saber fizer sentido na sua vida diária e se, de alguma forma, ela perceber qual o benefício isso lhe trará, afinal ela também está num contínuo desenvolvimento.

Ficou evidente nas falas das idosas que em maior ou menor

grau elas trazem conhecimentos relacionados à saúde, muitos dos quais com fundamentos, conhecimentos esses que têm que ser valorizados e fortificados. Vale salientar que tais conhecimentos vêm de longa data, desde quando eram cuidadas por suas mães, ou adquiridos em conversas com comadres e com amigos, nos cuidados com filhos, nos cuidados e orientações de profissionais, dentre outros.

Todas as idosas relatam conhecimentos aprendidos com suas mães a respeito do cultivo e indicações de diversos tipos de ervas e a sua utilização, bem como de outras plantas em forma de chás caseiros.

Mexer com chás, eu aprendi, ela [a mãe] sempre ensinava a gente como fazer. [...] Eu sei que o chá nem sempre faz bem, ele deve ser tomado quando necessário [...], chá em excesso também não é bom (Rosa).

Como pode ser observado nesse depoimento Rosa tem noção de que, apesar de parecerem inofensivos, os chás caseiros devem ser utilizados com moderação.

Margarida, além de ter amplo conhecimento sobre uso de plantas medicinais, também conhece outros preparados caseiros utilizados, como cataplasmas e cuidados naturais com cabelos e pele, os quais descreve com riqueza de detalhes:

Usava salsa para refrescar o estômago e para azia, alfavazema, boldo, camomila e losna para dor de cabeça... Usava ainda batata em rodela na testa para dor de cabeça. A babosa, a mãe também usava para coceira, frieira, furúnculo e queimadura, tinha sempre na horta. Ia lá tirava, extraía aquela goma e passava no local, deixava até secar. Tinha também uma planta chamada confrei e outra que era calêndula, que era usada para lavar cortes, diziam que era para não dar inflamação. O alecrim era usado contra a depressão. [...] Outra coisa comum naquele tempo era piolho, lembro que a mãe usava arruda com cânfora (Margarida).

Essa idosa relata ter ensinado o uso desses cuidados para as filhas, e afirma que faz uso de alguns deles até a atualidade, como demonstra a fala:

Elas [as filhas] sempre perguntam quando querem algum chá. Até meus genros quando vêm aqui e às vezes comem demais, sabe, eles vêm e me dizem: sogra tem aí algum dos seus chás milagrosos, daí eu vou lá atrás pego e já faço, logo eles se sentem melhor (Margarida).

Violeta também aprendeu a usar alguns tipos de ervas medicinais e, da mesma forma que as demais idosas, usa quando necessário.

Durante os encontros, essas idosas também revelaram outros conhecimentos relacionados aos cuidados com a saúde, como ilustram os seguintes discursos:

Banana faz bem para câimbra né... Antigamente usavam a casca até para fazer bolo, tinha muitos que usavam no peito para rachadura. É importante, a nutricionista me disse. Lá por 10 ou 10:30h sempre comer alguma coisinha (Rosa).

A enfermeira me falou que tenho que cuidar da alimentação (Margarida).

Lembro que vai palpando o seio de forma circular (Violeta).

Apesar da riqueza e diversidade de conhecimentos evidenciados, observou-se que ainda existe uma carência de informações sobre alguns cuidados referentes à saúde, que estão relacionados especialmente à alimentação, como já descrito nos demais eixos temáticos.

Orem (1995), na teoria dos sistemas de enfermagem, desfralda o papel do enfermeiro como educador, apoiador, que se constitui num facilitador com suas orientações provocadoras de reflexões. Nesse contexto, o profissional deve ter como preceito que o respeito e o diálogo são fatores indispensáveis no processo educativo em saúde.

Foi possível perceber que para ensinar é preciso saber ouvir, interagir, perceber que o outro aprende e apreende quando a informação fizer sentido para seu viver. E é dessa forma que pode haver mudanças ou repadronizações de comportamento. É preciso que o sujeito se aproprie do conhecimento.

Acredita-se que a atuação educativa junto a idosos tem papel decisivo na maior qualidade de vida. O enfoque na educação para o

autocuidado é um dos caminhos que podem colaborar para que eles venham a se cuidar e, em decorrência, direcionar positivamente suas vidas, preservando sua autonomia e mantendo sua independência.

Espera-se que, embasadas em conhecimentos, as idosas possam realizar melhor o exercício da autonomia relativa à sua saúde, dessa forma criando bases sólidas para buscar um estilo de vida mais saudável.

É importante explicitar que, em função de suas idades e de suas histórias de vida, todas traziam aprendizados oriundos de suas experiências ao longo da vida; e esses conhecimentos influenciam na forma como entendem e realizam o cuidado consigo mesmas.

No decorrer do trabalho ficou evidente a disposição delas para novos aprendizados e algumas vezes, inclusive, com desconstrução de conhecimentos já cristalizados de longa data, para dar lugar a conhecimentos que permitam práticas mais saudáveis.

A partir disso pode ser visualizado que no estágio de desenvolvimento vivenciado ainda há espaços para novos conhecimentos, bem como para reelaboração de outros, que podem ser caracterizados como ferramentas no desenvolvimento e desempenho de ações de promoção de saúde. Também se faz necessário salientar que o sistema apoio-educação proposto por Orem fundamenta o fato de que as ações de enfermagem devem estar ligadas ao apoio educacional, buscando ampliar o conhecimento das idosas.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O crescente contingente da população idosa, bem como o aumento contínuo da expectativa de vida das pessoas traz como desafio a necessidade de um maior conhecimento sobre as demandas em saúde desse segmento da população, e a partir disso pensar estratégias de promoção da sua saúde e manutenção da qualidade de vida.

Vislumbrou-se neste estudo promover o autocuidado de um grupo de mulheres idosas, e para isso utilizou-se a pesquisa qualitativa como ferramenta que favoreceu uma aproximação com o universo da vida de mulheres idosas residentes na comunidade. Suas narrativas explicitaram o seu processo de viver contemplando as estratégias de autocuidado adotadas e/ou aprendidas. Tais dados proporcionaram informações acerca das ações de autocuidado adotadas pelas idosas que requeriam apoio-educação ou suporte para limitações nas práticas do autocuidado.

Partiu-se dos pressupostos de que a promoção da vida e da saúde é um dos ideais da enfermagem, e que a discussão e ensino junto às idosas para o desenvolvimento do autocuidado é uma das aplicações dos conhecimentos específicos da enfermagem.

Para tanto, utilizou-se a Teoria do Autocuidado de Orem para efetivar a construção do plano de autocuidado individual de cada idosa, a partir do contexto por elas vivido. O plano fundamenta a necessidade do cuidado de si, voltado à promoção de saúde e consequente melhora da qualidade de vida. Acredita-se que para o estabelecimento de um plano de autocuidado, a negociação dialógica entre idosas e mestrandas foi uma estratégia significante para o engajamento no autocuidado. Permitir e estimular que essas idosas exercessem sua autonomia e participassem ativamente nas decisões sobre sua saúde ajudou a despertar aspectos motivacionais para a efetiva adesão ao plano.

Nesse sentido, conforme Orem (1995), a enfermagem deve ser capaz de conseguir/permitir que as pessoas com as quais atua participem de forma ativa no planejamento e implementação de ações relacionadas à própria saúde.

A adoção da teoria de Orem, como estratégia de autocuidado com idosas, harmonizou-se com as atividades propostas que eram de conhecer suas práticas de autocuidado, discutir e refletir com elas sobre essas práticas e construir um plano individual de autocuidado sob a luz do referencial de Orem. Tudo isso buscando a efetivação da promoção da saúde em termos de desenvolvimento de atitudes particulares e da

obtenção de habilidades e conhecimentos que permitissem a elas adotar comportamentos adequados à sua saúde. Ou seja, essa teoria foi adequada para o trabalho, uma vez que com a utilização de seus construtos permitiu considerar as especificidades do cuidado ao ser humano idoso.

Nesse contexto reconhece-se no sistema de apoio-educação uma base fundamental da atuação educativa da enfermagem, que tem papel preponderante para melhorar a expectativa e a qualidade de vida de pessoas idosas, pois através do suporte do ensino permite a participação ativa no desempenho de atividades em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Evidencia-se assim a pertinência deste recorte teórico uma vez que *a priori* as idosas participantes tinham bom grau de autonomia e estavam habilitadas a desempenhar ações de autocuidado. Além do fato de que um dos objetivos do estudo era desenvolver plano individual de autocuidado junto a idosas com vistas à promoção da saúde. Para tanto, foi necessário se discutirem as mudanças que se faziam necessárias e buscar conhecimentos que favorecessem a promoção da saúde e a qualidade de vida. Lembrando, ainda, que isso só ocorre se houver responsabilidade de cada uma pelo cuidado com sua saúde.

Com os resultados desta pesquisa, pode-se confirmar que as idosas são capazes de ser protagonistas do seu próprio processo, atuando como pessoas autônomas, com capacidade de autocuidar-se. Esse referencial ressaltou ainda as potencialidades das participantes e o poder que elas têm de refletir sobre suas ações com vistas à promoção de sua saúde de forma consciente. Acreditar nesse potencial significa que a enfermagem respeita as pessoas e as escolhas que fazem como seres racionais.

A teoria permitiu uma avaliação e considerações multidimensionais dessas idosas; através dela puderam ser considerados diversos aspectos do viver humano, como os ambientais, sociais e psicológicos, além do físico; aspectos estes que são valorizados nas premissas da promoção da saúde e do envelhecimento ativo.

A metodologia da abordagem individual utilizada, com auxílio da estratégia de visita domiciliar, demonstrou-se muito apropriada, pois a partir disso foram apreendidos dados sobre a realidade e o cotidiano de cada idosa, privilegiando ainda o estabelecimento de vínculo e também proporcionando condições de agir de forma direta e independente com cada mulher idosa.

Mesmo sendo um plano de autocuidado realizado individualmente, é perceptível que ele não ficou restrito, extrapolou a individuali-

dade a partir do momento em que as idosas passaram a implementá-lo no seu lar, com algumas ações que envolveram familiares e amigos; ou seja, o aprendizado foi disseminado pelo exemplo e por diálogos que ocorreram em tempos/ambientes paralelos. Então é preciso também lembrar que as ações de apoio e educação como as deste trabalho são individuais, mas existem os aprendizados coletivos gerados pela propagação de novos conhecimentos pelas idosas.

O empenho das idosas foi evidenciado na construção e implementação do plano de autocuidado, com consequente promoção de sua saúde. Acredita-se que isso foi propiciado pela abordagem teórica e metodológica, que valorizou a expressão, a autonomia e o direito de opção de cada uma, buscando assim gerar a reflexão, não somente de aspectos relacionados a saúde e doença, mas da vida de cada uma, suas dificuldades e possibilidades para o bem-estar, que culminam em modificação comportamental e de estilo de vida.

Com a utilização desse referencial teórico, adotou-se também o reconhecimento da dignidade do outro como princípio essencial na arte de cuidar, percebendo-o como ser racional com capacidade para tomar decisões e adotar atitudes de cuidado de sua própria saúde.

Vale salientar ainda que limitações na reprodução deste estudo podem ocorrer com idosas com nível escolar, social e econômico, ou ainda com níveis na dependência e autonomia diferentes das idosas deste estudo, podendo levar a resultados diferentes.

Desse modo, propostas que inserem o idoso no processo de cuidado de si e respeitam suas potencialidades e limitações, como evidenciado nesta pesquisa, podem ser multiplicadas, lembrando sempre que a educação em saúde, o apoio e o estímulo ao autocuidado devem ser encorajados permanentemente como modo de garantir qualidade de vida e um envelhecimento ativo.

Há que se citar a demanda de tempo que trabalhos como este requerem; no entanto, acredita-se com que com a organização sistemática do tempo e o comprometimento efetivo dos enfermeiros com ações de promoção da saúde, é possível envidar esforços para sua realização, uma vez que os benefícios relativos à saúde e qualidade de vida são imensuráveis.

Os resultados deste estudo também levam a refletir sobre a atuação dos enfermeiros no contexto das ESFs (Estratégias de Saúde da Família), especificamente na atuação junto aos idosos pertencentes ao território pelo qual são responsáveis. Uma vez que a ESF prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua, em sintonia com os princípios do SUS, e que

os profissionais é que devem ir até onde vivem as pessoas. Ressaltamos, ainda, que com esse estudo testou-se um modo de trabalhar, no qual se estimula a formação de vínculos entre os profissionais da área da enfermagem e as famílias envolvidas. Diante desse cenário, fica visível que trabalhos desse tipo podem ser realizados com idosos, pois vão ao encontro do que se quer como trabalho e resultados das ESFs.

Salienta-se ainda que este tipo de trabalho pode não ser adequado para realização com grupos, pois o seu diferencial é o nível da relação interpessoal e do conhecimento da realidade vivenciada no cotidiano das idosas, além do reconhecimento das singularidades de cada participante, que é apreendido pela estratégia das visitas domiciliares, que permitem a construção de um plano de cuidados individualizados.

Também é importante ressaltar que quando se pensa em ações de promoção da saúde, a continuidade é um fator determinante, assim este tipo de trabalho deveria ter prosseguimento para que efetivamente ações de manutenção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida pudessem ser reforçadas e mantidas no dia a dia das idosas pelas ações de autocuidado.

Como mestrande, pesquisadora e profissional da área da enfermagem, é possível afirmar que a realização deste trabalho tornou-se um desafio, no sentido de buscar a promoção da saúde de idosas, utilizando como ponte a teoria do autocuidado, e a tecnologia leve da comunicação e educação em saúde. Ficou evidente a potencialidade da ferramenta teórica utilizada, bem como o papel de educador que compete à enfermagem. Essa ponte, além do apoio teórico, serviu para uma aproximação, criando um espaço de relação dialógica, ética, de respeito, de escuta, de vínculo e de incentivo à autonomia das idosas. Entretanto, também serviu como ponto de reflexão da pesquisadora, no sentido de vislumbrar a partir de sua lente profissional um mundo de possibilidades amplas de apoio e ensino.

Essa aproximação, o fato de conhecer e se fazer conhecer, ‘estando lá’, é um ponto que fez toda a diferença. Todas as conversas e orientações provavelmente não teriam os mesmos resultados se tivessem sido realizadas num consultório ou com um grupo. Acredita-se que esta mudança de *setting*, da unidade de saúde ou outro local ‘asséptico’ para o domicílio das idosas, as deixou mais receptivas, menos ansiosas, inclusive mais à vontade para dialogar. Também foi notório que o fato de ‘estar lá’ tornou a relação entre pesquisadora e idosas mais horizontalizada e frouxa do ponto de vista de *status* e poder.

Ao término dessa extensa caminhada, de muitos anseios, aprendizados e também de muita satisfação com o crescimento pessoal e

profissional, espero ter cooperado para a profissão de enfermagem, principalmente na área de gerontologia, contribuindo com subsídios para o desenvolvimento de tecnologias de cuidado do tipo leve, visando à promoção da saúde de idosas por intermédio do autocuidado.

Acredita-se, ainda, que a realização deste estudo possa contribuir para a reflexão sobre novas possibilidades de promover saúde junto à população idosa por meio da utilização da teoria do autocuidado.

Por fim, o que se pretende ressaltar com a realização desta pesquisa é a importância do autocuidado, na atuação com idosas, como incremento de potencialidades necessárias para impulsionar ações individuais de promoção da saúde. Acredita-se que uma pessoa minimamente conhecedora e motivada em relação às suas questões de saúde é condição necessária, ainda que não suficiente, para manutenção da independência, autonomia e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ACOSTA-ORJUELA, G.M. Os idosos e a mídia: usos, representações e efeitos. In: FREITAS, E.V. de (org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

ALVES, L.C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1934-1930, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scielo.php>>. Acesso em: 29 out. 2009.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414->. Acesso em: 22 nov. 2009.

ASSIS, M. **Promoção da saúde e envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE UnATI UERJ, 2002.

ASSIS, M. et al. Repercussões de uma experiência de promoção da saúde no envelhecimento: análise preliminar a partir das percepções dos idosos. **Textos sobre Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 53-73, 2002.

_____. **Promoção da saúde e envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. 2004. 199f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) FIOCRUZ/ Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

_____. **Envelhecimento ativo e promoção da saúde**: reflexão para as ações educativas com idosos. 2005. Disponível em: <www.nates.ufjf.br/novorevistapdfv008n1Envelhecimento.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2009.

BARRIOS, P. C. Plan de salud personal. In: II Curso Nacional Teórico Practico de Aplicación Clínica y social de la Psiconeuroinmunologia. **Resumos...** Caracas: Universidad Central de Venezuela, 1999. p. 159-174.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Assistência Social. **Plano de ação governamental para o**

desenvolvimento da política nacional do idoso. Brasília: Senado Federal, 1996a.

_____. **Resolução 196/96, de 14 de janeiro de 1987.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos. Diário Oficial da União, 10 out. 1996b. Disponível em: <www.bioética.ufrgs.br/res196/96.htm>. Acesso em: 12 mar 2008.

_____. **Informação, educação, comunicação:** Uma estratégia para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1996c.

_____. **Portaria n. 1395, de 9 de dezembro de 1999.** Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 237-E, p. 21, 13 de dezembro, seção 1, 1999.

_____. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso:** guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Estatuto do idoso.** Brasília: Senado Federal, 2003. Disponível em: <www.direitodoidoso.com.br/05/estatuto_do_idoso.pdf>. Acesso em: 17 out. 2007.

_____. **Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Portaria 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006, consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. **Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006d, p. 24-26.

_____. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <www.scielo.org/scielo.php>. Acesso em: 26 ago. 2008.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da Saúde.**

Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.pp. 15-38.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.

_____. O autocuidado na velhice. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população Brasileira: uma contribuição demográfica. **Textos para Discussão**, n. 858, Rio de Janeiro, Ipea, 2002. Disponível em: <www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf>. Acesso em: 31 out. 2009.

CAMARANO, A.A.; PASINATO, M.T. **O Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. In: Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 594 p.

CAMARGOS, C.N. et al. Política, estado e sociedade: o estatuto do idoso e a atenção à saúde. **Revista Comunicação Ciência e Saúde**, v. 17, n. 3, p.217-227, 2006. Disponível em: <www.fepecs.edu.br/revista/artigo6_3.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2009.

CARVALHO, C.R.M.G.; FONSECA, C.C.C.; PEDROSA, J.I. Educação para saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 719-726, 2004.

CARVALHO FILHO, E.T. de; NETTO, M.P. **Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

CHIESA, A.M.; VERÍSSIMO, M.D.L.O.R. A educação em saúde na prática do PSF. **Manual de enfermagem**. Disponível em: <www.ids-saude.org.br/enfermagem>. Acesso em: 17 nov. 2009.

COFEN. Resolução COFEN 311/2007. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br/2007/materias/asp>. Acesso em: 21 out. 2008.

CRIVARO, E.T. et al. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de Enfermagem ao cuidado e ao cuidador. **Revista Enfermagem UERJ**, n.15, v. 2, p. 248-254, abr-jun, 2007.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DIAS, G. F. **Educação Ambiental: Princípios e Práticas**. 8. ed. São Paulo: Gaia, 2003. p. 46-49.

DIOGO, M.J.D.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. (orgs.). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006.

DUMAZEDIER, J. **Lazer e Cultura Popular**. São Paulo: Perspectiva, 2001.

EIZIRIK, C.L. et al. (orgs.). **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001. 200 p.

ESTEVES, B. O Brasil de cabelos brancos. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 137, p. 18-21, 1998.

FERRERO, S.M.; CINTRA, F.A. Limitações para o autocuidado de idosos reinternados, portadores de vasculopatias. **Saúde em Debate**, v. 28, n. 68, p. 243-255, 2004.

FIGUEIREDO, N.M.A.; TONINI, T. **Gerontologia: Atuação da enfermagem no processo de envelhecimento**. São Paulo: Yendis, 2006.

FOSTER, P.C.; BENNETT, A. M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

FRANK, A.A.; SOARES E.A. **Nutrição no Envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2004.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GONÇALVES, L.H.T.; SCHIER, J. “Grupo aqui e agora” – Uma tecnologia leve de ação sócio-educativa de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 271-279, 2005.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A.; BORGHI, A.C.S.; LENARDT, M.H. Ética e estética: envolvimento na promoção do cuidado gerontológico de enfermagem. **Texto contexto Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 114-124, 2006.

HEIDMANN, I.T.S. et al. Promoção à saúde. Trajetória de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006. Disponível em:

<www.scielo.php?script=sci_arttex&pid=S0104-07072006000200021&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20 abr. 2009.

_____. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD)**. Rio de Janeiro: Síntese dos indicadores, 2004.

_____. **Síntese dos indicadores sociais, 2005**. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 11 jan. 2009.

_____. **Projeção da população do Brasil**. IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272>. Acesso em: 18 dez. 2009.

_____. **Censo demográfico 2009**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo/>>. Acesso em: 24 set. 2009.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento**: O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255 p.

MARCELLINO, N. C. **Estudos ao lazer**: uma introdução. 3. ed. Campinas. Autores Associados, 2000. 114 p. (Coleção Educação Física e Esportes).

MARTINS, J.J. et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 106-113, 2007a. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 12 mai. 2008.

_____. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 443-56, 2007b. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>>. Acesso em: 14 jul. 2008.

MARTINS, R.M.L. Envelhecimento e Saúde: um problema social emergente. **Millenium**: Revista do ISPV, n. 27, p. 287-293, 2003.

MATTOS, P.; LINCOLN, C. L. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Rev. adm. pública**, v. 39, n. 4, p. 823-847, jul.-ago. 2005.

MAZO, G.Z. **Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas**. Tese (Doutorado) Universidade do Porto, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física, Porto, 2003. 203 p.

MENEZES, T.M.O.; LOPES, R.L.M. Revisando o viver da pessoa idosa na perspectiva de gênero. **Revista Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 418-225, 2007.

MINAYO, M.C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

NERI, A.L. **Palavras-chave em Gerontologia**. 2. ed. Campinas: Alínea, 2005.

_____. (org.). **Psicologia do Envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995.

NERI, A. L.; FREIRE, S.A. (Orgs.). **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papirus, 2000.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Recife: Bagaço, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Promoção da saúde**. Conferências. Carta de Ottawa. 1986. Disponível em: <www.opas.org.br/promoção/uploadArq/ottawa.pdf>. Acesso em: 23 mai. 2008.

_____. **Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS**. Publicada no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998. OMS/HPR/HEP/98. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1994.

_____. **Relatório Mundial de Saúde**. Banco de Dados. Genebra: Organização Mundial da Saúde. (1999). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2008.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Plano internacional de ação sobre o envelhecimento**. Madri: Assembleia Mundial sobre el

Envelhecimento 2, 2002.

OREM, D.E. **Nursing**: Concepts of practice. Missouri: Mosby, 1995.

PACHECO, R.O.; SANTOS, S.S.C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF – **Textos Envelhecimento**, v. 7, n. 2, p.45-61, 2004. Disponível em: <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci>>. Acesso em: 12 out. 2007.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005.

PATRÍCIO, Z.M. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 89-106, jan/jun. 1992.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Tradução de Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-797, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-3>. Acesso em: 21 abr 2008.

RODRIGUES, R.A.P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto enferm**. Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-545, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 2008.

ROLIM, F.S.; FORTI, V.A.M. Envelhecimento e atividade física: Auxiliando na melhoria e manutenção da qualidade de vida. In: DIOGO, M.J.D.; NERI, A.L.; CACHIONI, M. (Orgs.). **Saúde e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2006.

SÁ, J.L.M. A formação de recursos humanos em Gerontologia: fundamentos epistemológicos e conceituais. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SÁ, S.P.C.; FERREIRA, M.A. Cuidados Fundamentais na arte de cuidar do idoso: Uma questão para a enfermagem. Escola Anna Nery, **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 8, n.3, pp. 367-373, 2004.

SAAD, P.M. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área de saúde. In: Workshop demografia dos negócios, Salvador. **Anais...** Campinas: ABEP, 2008. Disponível em: <www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/demograficas3>. Acesso em: 10 jun. 2008.

SOUSA, P.L.R et al. A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação. **Psiquiatria na Prática Médica**, v. 34, n. 4, PP. 112-119. 2001/2002. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/index.htm>>. Acesso em: 05 set. 009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez; 1994.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cadernos de saúde Pública.**, v. 19, n. 3, pp. 849-853, 2003.

VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

VERAS, R.P. Envelhecimento humano: ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

WHO (World Health Organization). **Physical activity and older people**. 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/world-health-day/previous/2002/files/whd02>>. Acesso em: 23 out. 2009.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das participantes

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PARTICIPANTE

Eu, _____, idosa, declaro estar de acordo em participar como informante do projeto “**A promoção de saúde de idosas através do autocuidado**”, que tem como **objetivo geral** investigar as demandas em saúde de mulheres idosas de um município do interior de SC, para a construção de seu plano de autocuidado com vistas à promoção de sua saúde. Esse estudo é de autoria da mestrandia Tânia Maria Ascari, sob orientação da professora doutora Sílvia Maria Azevedo dos Santos. Estou ciente de que os responsáveis pelo projeto estarão aptos a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho bem como poderei solicitar para averiguação, a qualquer momento, todo material produzido em nossos encontros. Autorizo também a gravação em meio magnético das entrevistas realizadas pela mestrandia, nos momentos da coleta dos dados. Declaro, ainda, que me foi afiançado que todas as informações obtidas serão tratadas com o máximo respeito e que o anonimato e sigilo estão garantidos durante todo o processo de coleta de dados, tratamento, relatório final e divulgação do trabalho no meio acadêmico e em publicações científicas. A minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento. Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desta pesquisa.

Profª Dra. Sílvia Mª Azevedo dos Santos – Professora Orientadora e Pesquisadora Responsável – Fone: (48) 3721-9480

Mestrandia Tânia Maria Ascari – Pesquisadora Principal – Fone: 3321-8215

Assinatura Informante
Data: ____/____/____.

RG/CIC Informante

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista

1º Conte-me um pouco da sua história (onde nasceu, infância, juventude, estudo, maternidade/filhos, trabalho, etc.)

2º Como é a rotina do seu dia a dia (desde que acorda até ir dormir) nos dias de semana e finais de semana.

3º Fale-me um pouco de problemas de saúde que já teve e dos cuidados de que necessitou.

4º Quais são suas preocupações atuais sobre sua saúde?

Aprofundamentos:

- Como considera seu estado atual de saúde?
- Que cuidados realiza consigo mesma?
- Tabagismo/alcoolismo.
- Atividade física no cotidiano.
- Como é a alimentação?
- Como é o ambiente?
- Incidente nos últimos meses.
- Relacionamento com familiares e amigos.
- Aspectos relacionados ao lazer.
- Expectativas para o futuro.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da UNOCHAPECÓ



UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ
CRIAÇÃO PELA LEI Nº 5.871, DE 27 DE AGOSTO DE 2002.
RECONHECIMENTO PELA RESOLUÇÃO Nº 104, DE 25 DE SETEMBRO 2007.

AVENIDA SENADOR ATÍLIO FONTANA, 591-E
TEL: (49) 3327-8000 / FAX: (49) 3327-8050
CAIXA POSTAL 747-01
CHAPECÓ - SC | CEP 89809-000

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: **Tania Maria Ascari**
Registro do CEP: **040/09**
Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária Regional de Chapecó – UNOCHAPECÓ – analisou o protocolo de pesquisa Nº. **040/09**, referente ao projeto de pesquisa: **“O AUTOCUIDADO COMO ESTRATÉGIA PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA IDOSOS”**.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO** – pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

Chapecó, 06 de abril de 2009.

Jorge Luis Mattias

Coordenador do Comitê de Ética.

UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA REGIONAL DE CHAPECÓ – UNOCHAPECÓ

End. Av. Sem. Atílio Fontana, 591-E, Bairro Etapi- Cep 89809-000 – Caixa Postal: 747- Chapecó – SC.

Email: cep@unochapeco.edu.br

ANEXO B – Mensagem de despedida

A ARTE DE NÃO ADOECER

Dom Orlando Brandes

1. Se quiser adoecer - "Não fale seus sentimentos".

Emoções e sentimentos que são escondidos, reprimidos, acabam em doenças

como: gastrite, úlcera, dores lombares, dor na coluna.

Com o tempo a repressão dos sentimentos degenera até em coisa pior.

Então vamos desabafar, confidenciar, partilhar nossa intimidade, nossos

segredos, nossos pecados.

O diálogo, a fala, a palavra, é um poderoso remédio e excelente terapia.

2. Se quiser adoecer - "Não tome decisão".

A pessoa indecisa permanece na dúvida, na ansiedade, na angústia.

A indecisão acumula problemas, preocupações, agressões.

A história humana é feita de decisões.

Para decidir, é preciso saber renunciar, saber perder vantagem e valores

para ganhar outros.

As pessoas indecisas são vítimas de doenças nervosas, gástricas e problemas

de pele.

3. Se quiser adoecer - "Não busque as soluções".

As pessoas negativas não enxergam soluções e aumentam os problemas.

Preferem a lamentação, a murmuração, o pessimismo.

Melhor é acender o fósforo que lamentar a escuridão.

Pequena é a abelha, mas produz o que de mais doce existe.

Somos o que pensamos.

O pensamento negativo gera energia negativa que se transforma em doença.

4. Se alguém quiser adoecer - "Viva de aparências".

Quem esconde a realidade, finge, faz pose, quer sempre dar a impressão que está bem, quer mostrar-se perfeito, bonzinho, etc., está acumulando toneladas de peso.

É uma estátua de bronze, mas com pés de barro.

Nada pior para a saúde que viver de aparências e fachadas.

São pessoas com muito verniz e pouca raiz.

Seu destino é a farmácia, o hospital, a dor.

5. Se quiser adoecer - "Não se aceite".

A rejeição de si próprio, a baixa estima, faz com que sejamos algozes de nós mesmos.

Ser eu mesmo é o núcleo de uma vida saudável.

Os que não se aceitam são invejosos, ciumentos, imitadores, competitivos, destruidores.

Aceitar -se, aceitar ser aceito, aceitar as críticas, é sabedoria, bom senso e terapia.

6. Se quiser adoecer - "Não seja honesto".

O mentiroso e desonesto precisa mentir para sobreviver.

Vende uma imagem falsa, camufla seu "eu real", é um fugitivo da luz e amante das trevas.

A falta de transparência é um pacto com a corrupção.

Pessoas assim vivem sob a ameaça, o medo, o trambique, a falsidade, a insônia, o pesadelo.

São candidatos à doença, porque já vivem na insanidade mental e ética.

7. Se quiser adoecer - "Não confie".

Quem não confia, não se comunica, não se abre, não se relaciona, não cria

laços profundos, não sabe fazer amizades verdadeiras.

Sem confiança, não há relacionamento.

A desconfiança é falta de fé em si, nos outros e em Deus.

Quem desconfia do médico, prejudica a cura.

Quem desconfia do psicólogo, nunca se abre, só pode adoecer.

8. Se quiser adoecer - "Viva sempre triste".

O bom humor, a risada, o lazer, a alegria, recuperam a saúde e trazem vida longa.

A pessoa alegre tem o dom de alegrar o ambiente em que vive.

"O bom humor nos salva das mãos do doutor".

Alegria é saúde e terapia!

ANEXO C – Fichário com ervas produzido por Rosa

Plantas
Medicinas



Hortelã
Digestivo



Arruda
Combate vermes



Poejo
Sor de barriga das crianças



Alecrim
Calmanete



Manjerona
Cólicas intestinais



Funcho
Contra gases, digestivo



Malva
Calmanete dos nervos e dores em geral

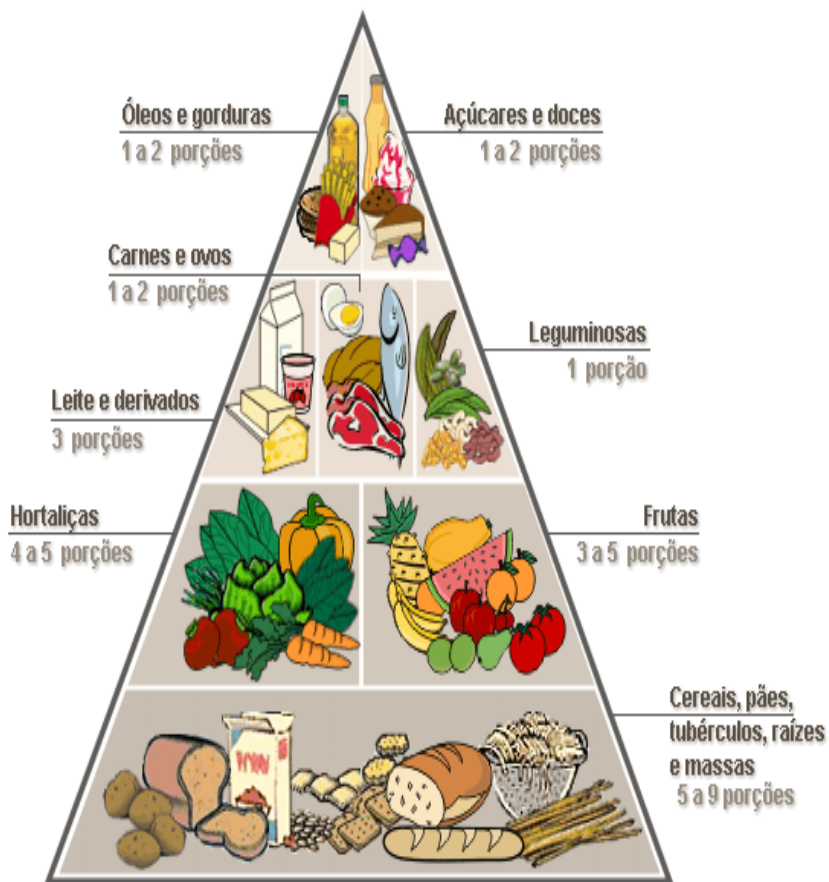


Alfazema
Regulador de temperatura



Pau-sagem
Combate inflamações

ANEXO D – Pirâmide Alimentar



Fonte: www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/historia-

ANEXO E – Dicas para uma boa alimentação na terceira idade

- As refeições devem ser servidas em local agradável e de preferência em companhia de outras pessoas;
- É importante apreciar a refeição, comendo sempre devagar;
- Lembrar de realizar pelo menos 04 refeições diárias, respeitando os horários e variando bastante os alimentos
- O consumo de frutas, verduras e legumes deve ser aumentado;
- Deve-se reduzir o consumo de alimentos gordurosos, como frituras, embutidos, carnes gordas, pele de frango, toucinho, manteiga, etc.
- O sal também deve ser reduzido na alimentação;
- Para que as refeições tornem-se atrativas e saborosas, pode-se dar preferência aos condimentos e temperos como salsinha, cebolinha, orégano e alho;
- Sempre que possível, triturar alimentos de difícil mastigação, como por exemplo, carnes, verduras e frutas frescas;
- Procurar ingerir bastante líquidos, seja em forma de suco ou água;
- Após as maiores refeições, alguma fonte de vitamina C pode ser utilizada, para aumentar a absorção de ferro, como por exemplo, laranja, acerola e limão;
- Não adoçar muito os alimentos, reduzindo a ingestão de doces e alimentos industrializados que normalmente são ricos em açúcares e gorduras;
- Realizar um contraste de cores entre os utensílios utilizados e o forro da mesa para que proporcione mais ânimo, e conseqüentemente mais apetite;
- Por não fornecer nada, além de calorias, o álcool e os refrigerantes devem ser evitados;
- Acrescentar nas refeições alimentos fontes de cálcio, como leite e seus derivados, além disso, deve-se realizar diariamente o banho de sol matinal, pois contribui na absorção intestinal do cálcio;
- Atenção para as interações fármaco-nutrientes, os medicamentos sempre devem ser tomados nos horários prescritos;
- Manter o peso dentro dos limites saudáveis.

Fonte: RIBEIRO et al, Atendimento nutricional ao idoso. In: RIBEIRO; RIBEIRO (orgs). **Promoção à saúde no Envelhecimento**. Diamantina: UFVJM, 2008.

ANEXO F – Texto sobre hipertensão e diabetes

Orientações para hipertensos e diabéticos



A Pressão arterial pode ser aferida por meio de aparelhos de pressão e o valor considerado normal para os braços é de 120 para a pressão sistólica e 80 para a pressão diastólica – isso em milímetros de Mercúrio (sigla: mmHg).

A Hipertensão Arterial tem sido associada a uma incidência aumentada de ataques cardíacos e derrames cerebrais. Estima-se que 20% da população adulta apresentam hipertensão arterial. Quando a hipertensão está associada a outras condições, tais como: obesidade, tabagismo, altos níveis de colesterol ou diabetes, o risco de infarto do miocárdio e derrame cerebral multiplica-se várias vezes.

OBESIDADE

Comprovadamente a redução do peso corporal provoca a diminuição dos níveis elevados de colesterol e da pressão arterial. Assim, conseqüentemente, a obesidade — qualquer que seja a sua causa determinante — é fator preponderante no aparecimento e progressão da

aterosclerose e de todas as suas complicações cardiovasculares. Dessa maneira, deve ser combatida, atacando-se as suas causas com dieta apropriada e exercício físico regular, adequado a cada pessoa, mas sempre sob orientação médica.

SEDENTARISMO

A própria Organização Mundial de Saúde indicou o combate ao sedentarismo como fator da mais alta prioridade na prevenção da aterosclerose e das doenças a ela relacionadas. Isso porque a vida sedentária não só leva ao aumento da obesidade como também provoca uma diminuição na capacidade física de trabalho. Dessa maneira, exercícios físicos bem orientados e praticados com regularidade, reduzem não só o peso corporal como também colaboram para a diminuição dos níveis de gorduras circulantes no sangue e da sua pressão arterial.

DIABETES

O portador de diabetes apresenta glicose em demasia no sangue. Isso ocorre por causa da falta da insulina - um hormônio fabricado pelo pâncreas. Há dois tipos de diabetes: o tipo 1 e o tipo 2. **Tipo 1** se manifesta quando o corpo produz pouquíssima ou nenhuma insulina e deve ser tratado com injeções de insulina e, claro, uma dieta balanceada. **Tipo 2**, bem mais freqüente, desenvolve-se quando o corpo produz insulina, mas ela é insuficiente para as necessidades daquela pessoa. Não existe uma causa única para o mal, porém sabe-se que há combinação de fatores: genético e hábitos inadequados (obesidade predispõe ao problema, bem como a vida sedentária, o alcoolismo e o fumo). a prevenção e o tratamento do diabetes é fator primordial para se evitar a progressão das doenças cardiovasculares e renais. Hoje a existência de diabetes em adultos está sempre associada ao aumento das doenças cardiovasculares. Assim, a prevenção e o tratamento do diabetes é fator primordial para se evitar a progressão das doenças cardiovasculares, já que está comprovada a estreita associação deste distúrbio metabólico com outros fatores de risco, como obesidade, níveis elevados de gorduras no sangue e hipertensão arterial, bem como o seu efeito maléfico sobre a função do músculo cardíaco.

Sintomas do diabetes:**COMO SE TRATA A HIPERTENSÃO**



Dicas para uma Alimentação saudável:

- **Coma quatro ou cinco vezes por dia:** Fazendo refeições leves e equilibradas
- **Coma a intervalos regulares:** O ideal é fazer uma refeição a cada três horas. Se isso não for possível, estabeleça intervalos de no máximo 4 horas entre as refeições.
- **Coma sempre nos mesmos horários:** Programe os horários das refeições de modo que possa cumpri-los e faça todo o possível para cumpri-los de fato.
- **Coma devagar e preste atenção ao que come:** Observe primeiro o que irá comer. Mastigue bem, e lentamente.
- **Respeite a quantidade e a qualidade dos alimentos permitidos.** Varie bastante dentre os alimentos de cada grupo
- **Beba bastante líquido:** beba bastante água filtrada, mineral (sem gás) e sucos naturais (sem açúcar) para hidratar-se. Evite o consumo de café, refrigerantes e sucos industrializados.
- **Evite ter na despensa alimentos calóricos e pobres em nutrientes saudáveis:** Assim você se protege do risco de um ataque surpresa na hora de fome.

- **Se tiver vontade de comer um doce, coma-o.** Mas lembre-se: somente um pedaço ou unidade.
- **Evite o uso de óleos e temperos industrializados para temperar as saladas:** se quiser pode usar um fio de azeite, mas abuse mesmo dos temperos aromáticos como orégano, manjerição, cheiro verde, louro, pois deixarão a salada mais saborosa. Use também vinagre ou suco de limão (melhor que o vinagre, pois é rico em vitamina C).
- **Bebidas energéticas devem ser evitadas.**
- **Utilize adoçante nos sucos e no cafezinho, ao invés de açúcar.**
- **Dê preferência às carnes magras e sem gordura visível:** como peixe, frango (partes magras e sem pele), peru, patinho, contra-filé. O modo de prepará-las também é importante: cozidas, grelhadas ou assadas.
- **Evite enlatados, temperos industrializados, apesuntados e defumados:** eles são ricos em sódio e perigosos para pessoas com predisposição a pressão alta.
- **Queijos amarelos (mussarela, provolone, prato, parmesão) devem ser evitados:** são muitos mais gordurosos que os queijos brancos (minas, frescal, ricota e cottage).
- **Bebidas alcoólicas são calóricas:**
- **Em restaurantes por quilo:** Escolha opções de hortaliças, legumes cozidos (sem maionese ou molhos), carne magras, massas sem molhos brancos e com mussarela e presunto ou arroz branco (ou sortido com legumes) e para sobremesa, prefira as frutas.
- **Em épocas de calor, evite sorvetes de massa:** Opte pelo picolé de fruta.
- **Cuidado com os produtos light e diet:** apesar de apresentarem redução de algum nutriente, nem sempre, esta restrição é em calorias ou gorduras.
- **Movimente-se: Você não precisa ir à academia!** Caminhar 3 vezes por semana pelo bairro, por 40 minutos cada sessão, irá ajudá-lo a ter mais saúde!

Pirâmide Alimentar



Segundo a legislação vigente em nosso país, a "Pirâmide Alimentar é um instrumento, sob a forma gráfica, de orientação da população para uma alimentação mais saudável". (RDC nº39, de 21 de março de 2001). Ela constitui um guia para uma alimentação saudável, onde você pode escolher os alimentos a consumir, dos quais pode obter todos os nutrientes necessários, e ao mesmo tempo, a quantidade certa de calorias para manter um peso adequado.

A pirâmide possui 4 níveis com 8 grandes grupos de produtos, de acordo com a sua participação relativa no total de calorias de uma dieta saudável.

- **Grupo de pães, massas, tubérculos:** Fonte de carboidratos, nutriente fornecedor de energia. Pães, massas e biscoitos integrais são ainda boa fonte de fibras, que ajudam no bom funcionamento do intestino.
- **Grupo das frutas e hortaliças:** Ótimas fontes de vitaminas e sais minerais, dentre eles, antioxidantes que diminuem o efeito

deletério do estresse oxidativo e dos radicais livres. Também possuem boa quantidade de fibras.

- **Grupo das carnes:** São alimentos compostos basicamente de proteína, muito bem utilizada por nosso organismo para produção de tecidos, enzimas e compostos do sistema de defesa. Além disso, são ricas em ferro e vitaminas B6 (pirixodina) e B12 (cianocobalamina), tendo sua ingestão (nas quantidades adequadas) efeito preventivo nas anemias ferropriva e megaloblástica.
- **Grupo do leite e derivados:** São os maiores fornecedores de cálcio, mineral envolvido na formação de ossos e dentes, na contração muscular e na ação do sistema nervoso. Além disso, possuem uma boa quantidade de proteína de boa qualidade.
- **Açúcares e óleos:** são pobres em relação ao valor nutritivo, sendo considerados, por isso, calorias vazias.

A dieta para o hipertenso:

O ideal é que a pessoa ingira de 6g a 8g de sal por dia.

5- passos para reduzir o consumo de sal

1. Use o mínimo de sal no preparo dos alimentos, substituindo-o por temperos naturais como alho, salsinha, cebola, orégano, hortelã, limão, manjerição, gengibre, coentro e cominho;
2. Evite temperos industrializados como ketchup, mostarda, molho shoyu e caldos concentrados. Atenção para o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas de pacote;
3. Cuidado com as conservas como pickles, azeitona, aspargo, patês e palmito, enlatados como extrato de tomate, milho e ervilha – alimentos conservados em sal e os salgadinhos como batata frita, amendoim salgado, cajuzinho.
4. Evite carnes salgadas como bacalhau, charque, carne-seca e defumados;
5. Nunca tenha um saleiro à mesa.

FONTE: Sociedade Brasileira de Hipertensão

Recomendações dietéticas para hipertensos

Preferir:

- Alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados;
- Aumentar o consumo de potássio também auxilia o controle da pressão, isto pode ser feito através do aumento no consumo de frutas e verduras.
- Temperos naturais: limão, ervas, alho, cebola, salsa e

cebolinha;

- Verduras, legumes, frutas, grãos e fibras;
- Peixes e aves preparadas sem pele;
- Produtos lácteos desnatados.

Limitar:

- Sal;
- Álcool;
- Gema de ovo: no máximo três/semana;
- Margarinas, dando preferência às cremosas, alvarinas e ricas em fitosterol.

Evitar:

- Açúcares e doces;
- Frituras;
- Derivados de leite na forma integral, com gordura;
- Carnes vermelhas com gordura aparente e vísceras; defumadas e salgadas. Salsicha, lingüiça, chouriço, salame, presunto. Bacon e toucinho. Caldo e extrato de carne.
- Alimentos processados e industrializados: embutidos, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote.

FONTE: Diretrizes AMB-CFM



EXEMPLO DE CARDÁPIO DESJEJUM

Café da manhã : Leite, Pão, Fruta- 1 unidade ou fatia.

Almoço: Vegetais folhosos. Legumes. Arroz. Feijão ou ervilha ou lentilha. Frango ou peixe ou carne bovina ou ovo.

Lanche: Chá. Pão. Fruta- 1 unidade ou fatia.

Jantar: Igual ao almoço.

Ceia: leite, ou uma fruta.

TABELA PARA TROCA DE ALIMENTOS

Pão francês: 1 unidade (50g) pode ser substituída por: Biscoito d'água ou cream- cracker: 5 unidades. Pão de forma: 2 fatias. Torradas: 5 unidades finas. Batata doce ou cará ou inhame ou mandioca: 1 pedaço pequeno. Cuscuz: 1 fatia média. Tapioca ou beiju: 1 unidade pequena e fina.

LEITE: 1 copo (200ml) pode ser substituído por: Iogurte natural: 1 copo. Queijo fresco: 1 fatia média.

ARROZ: 1 colher de sopa pode ser substituída por: Macarrão: 1 colher de sopa cheia. Batata inglesa ou batata doce ou mandioca ou cará ou inhame: 1 colher de sopa. Farinhas: ½ colher de sopa. Milho: 1 colher de sopa. Angu: 1 colher de sopa cheia. Pirão: 3 colheres de sopa.

CARNE: 1 porção (60g) é igual a: 1 coxa média ou 1 filé de frango pequeno. 1 bife pequeno ou 1 fatia fina de carne assada. 3 colheres de sopa rasas de carne moída ou picada. 1 filé ou posta pequena de peixe. Ovo- 1 unidade (até 2 vezes por semana).

DIETA PARA DIABÉTICOS:

As pessoas com diabetes podem, a princípio, comer qualquer tipo de alimento, desde que orientadas pelo o especialista e respeitando quantidades, proporções e horários. Mas, para isso, é necessário saber o que deve e o que não deve, quando e como comer.

- Para começar, a alimentação deve ser feita em horários regulares, com quantidade (4 a 6 refeições por dia é o ideal) e qualidade adequadas todos os dias;

- **Quem tem diabetes Tipo 1** não deve ficar mais de 3 horas sem comer ou beber (sucos, leite);

- Massas, pães e arroz (outros cereais) e grãos são, geralmente, os mais consumidos, pois são ricos em carboidratos (a principal fonte de energia

do organismo);

- Leites e substitutos – contêm proteína e gordura. Devem ser consumidos com moderação. Prefira os leites desnatados, com menos gordura, e os queijos magros. Adote os alimentos light, se possível;

- Carne de boi, aves em geral, peixes, frangos, ovos e grãos secos – comê-los com moderação. Em geral, dê preferência aos peixes, frangos (ambos sem pele) e às carnes magras;

- Frutas - São ricas em vitaminas, sais minerais e fibras. Porém é bom lembrar que as frutas têm diferentes valores calóricos. Aproveite a estação para adotar uma refrescante sobremesa: a salada de frutas. Priorize também as que repõem líquidos e têm menor valor calórico, como melão e melancia;

- Vegetais – esse é um bom momento para criar o saudável hábito da salada de folhas cruas em todas as refeições. Mas não exagere no sal, pois o excesso de sódio pode, em algumas pessoas, contribuir para a elevação da pressão arterial. Os vegetais de folha crua, o tomate e o pepino podem ser consumidos em boas quantidades, pois tem baixíssimas calorias, e ainda possuem fibras, que ajudam no funcionamento digestivo. Cuidado com o óleo de soja, girassol, milho, canola ou oliva para o tempero, pois têm elevado calor calórico;

- Fibras alimentares - apresentam grande importância na alimentação do diabético. Algumas não são digeridas pelas enzimas digestivas, facilitando o funcionamento do intestino. Elas reduzem os níveis de colesterol e tornam mais lenta a absorção de glicose;

- Gorduras e doces - devem ser consumidos ocasionalmente, sempre de acordo com a orientação do médico e do nutricionista. Com altas taxas de gordura, colesterol e calorias, esses alimentos acumulam no corpo substâncias menos saudáveis. Prefira doces diet, sempre que possível.

Qualidade de vida

Alguns conselhos para o diabético adaptar em sua rotina alimentar e se sentir ainda melhor

- Escolha sempre frutas e verduras com cores variadas, pelo fato de cada cor representar um tipo de vitamina e esses pigmentos protegerem o corpo de inúmeras doenças.
- Os vegetais de coloração escura (vermelho e roxo) contêm licopeno, que auxiliam a prevenção das doenças do coração.
- Os sucos podem elevar rapidamente a glicemia. Já as frutas frescas são ricas em fibras e absorvidas lentamente.
- Escolha ao menos duas frutas cítricas ao dia (laranja, kiwi, abacaxi, maracujá), por terem alto teor de vitamina C.
- Prefira: carnes brancas e magras, como frango, peixe, atum sem óleo, frutos do mar, frios magros de peru ou de frango.
- Retire toda a gordura visível da carne antes de cozinhá-la.
- Opte por requeijão light, cottage, leites e iogurtes desnatados e sem adição de açúcar.
- Beba muita água durante o dia, mas cuidado com os sucos. Normalmente, são preparados com a fruta concentrada, o que tende a elevar a glicemia pela quantidade de frutose que apresentam.
- Cuidados com os doces dietéticos, pois eles podem conter altas doses de gordura e isso pode prejudicar a sua digestão e afetar o nível glicêmico.
- Use temperos como cebola, alho, ervas e canela: são condimentos importantes que ajudam a estimular a atividade da insulina.
- O diabético não deve ficar por mais de três horas sem se alimentar. O ideal é fazer várias refeições ao dia para evitar uma grande descarga de glicose na corrente sanguínea na hora em que o paciente fizer uma refeição farta demais.



Referências:

<http://revistavivasaude.uol.com.br/edicoes/16/artigo9958-1.asp> acesso em: 17/10/2009.

<http://www.diabetes.org.br/nutricao/piramide.php> acesso em: 17/10/2009.

<http://www.revistavigor.com.br/2007/04/25/hipertensao-arterial-qual-a-dieta-apropriada-para-auxiliar-o-controle-da-doenca/> acesso em: 17/10/2009.